Excelentíssimo Presidente,

Cumprimento-vos e, ao ensejo, disponibilizamos o link de acesso à cópia do Processo eTC-004402.989.23-0, referente à prestação de contas da ***Prefeitura Municipal de Igarapava***, exercício de 2023, para os fins previstos no artigo 31, § 2º, da Constituição Federal, combinado com o artigo 150 da Constituição do Estado de São Paulo.

link:
https://documentos.tce.sp.gov.br/arquivos/ADFA463268293B377C818FABC9E3DE74/sftp/00004402989230_e_outros_000394420268 6.zip

As instruções para download e visualização da cópia digital podem ser obtidas em:

https://camaras.tce.sp.gov.br/arquivos/A8EE4869276DB800585F20C9DCE94FE2/sftp/instrucoes_copia_digital.pdf

Solicitando que este documento seja assinado para comprovação do recebimento, apresento a Vossa Excelência os protestos de distinta consideração.

Respeitosamente,

Declaro ter recebido os links indicados, assinando.

Documento assinado eletronicamente por **RODRIGO MARQUES RODRIGUES**, **Diretor Técnico de Divisão**, em 02/03/2026, às 13:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 2º, inciso V, alínea "b", e no art. 6º do Ato GP 01/2019, de 15 de janeiro de 2019.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.tce.sp.gov.br/validar/, informando o código verificador **1386466** e o código CRC **792D8DC4**.

e-TCESP - Processo Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

Cópia digital de processo

Processo nº 00004402.989.23-0

	Nome	CPF/CNPJ	Advogados
Órgão	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	45.324.290/0001-67	Mostrar/Ocultar
Interessado(a)	JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR	***.070.128-**	Mostrar/Ocultar

Processo Principal: O Próprio
Processo(s) Dependente(s): 00008955.989.23-1
Recurso/Ação do:
Recurso(s)/Ação(ões) vinculado(s):
Processo(s) Referenciado(s):
Processo(s) Referenciado(s) a este: 00021870.989.23-3, 00021873.989.23-0, 00023398.989.23-6, 00023739.989.23-4, 00010890.989.24-7, 00023310.989.23-1
Cópia de:
Cópia(s) deste:
Gabinete: GCWCR **Conselheiro:** WAGNER DE CAMPOS ROSARIO
Assunto: Contas Anuais « Administração Pública
Complementares: Ano de 2023 « Exercício; IGARAPAVA « I « Municípios
Classe: Contas de Prefeitura (12) « Contas Municipais « Contas Anuais « Exame de Contas
Exercício: 2023
Nível de acesso **Padrão** **Âmbito:** Municipal
Fase Processual: ORIGINÁRIO **Objeto:** OBJETO NÃO CADASTRADO
Situação: **Data de Autuação:** 9 de Fevereiro de 2023 às 22:36:06
Valor: **R$ 0,00**
Origem: SISTEMA ELETRÔNICO **Data:** 09/02/2023
Resumo do Objeto: Contas de Prefeitura - Exercício de 2023
Resultado da Decisão: PARECER FAVORÁVEL. Com recomendação.

Nº	Eventos do Processo	Data	Movimentado por	Arquivos/Observação
181	Autos entregues em carga ao UR-17.3-Chefia	27/02/2026 15:08	RODRIGO MARQUES RODRIGUES	
180	Autos entregues em carga ao UR-17	27/02/2026 13:22	GISELE CRISTINA DA SILVA ANTUNES	
179	Remetidos os autos em carga	27/02/2026 13:22	GISELE CRISTINA DA SILVA ANTUNES	
178	Data da publicação 27/02/2026	27/02/2026 13:21	GISELE CRISTINA DA SILVA ANTUNES	
177	Disponibilizado no DOE em 27/02/2026	27/02/2026 07:15	Sistema eletrônico	
176	Envio ao Diário Oficial Eletrônico Referente ao evento Transitado em Julgado em 23/02/2026 (26/02/26)	26/02/2026 14:59	GISELE CRISTINA DA SILVA ANTUNES	
175	Transitado em Julgado em 23/02/2026	26/02/2026 14:59	GISELE CRISTINA DA SILVA ANTUNES	
174	Remetidos os Autos para GISELE CRISTINA DA SILVA ANTUNES Para Expedir certidão informando que processo transitou em julgado	25/02/2026 08:44	NELSON KOICHI KAKIUTI	
173	Cumprir determinação do(a) Relator(a) para Certificação do Trânsito em Julgado	25/02/2026 08:44	NELSON KOICHI KAKIUTI	
172	Término da Contagem de Prazo Referente ao evento Data da publicação 08/12/2025 de 08/12/25	25/02/2026 00:14	Sistema eletrônico	
171	Data da publicação 08/12/2025	08/12/2025 10:23	SANDRA FREIRE DE BARROS E SILVA	
170	Disponibilizado no DOE em 06/12/2025	06/12/2025 07:15	Sistema eletrônico	
169	Diligência Cumprido(a) Disponibilizar Parecer no DOE	05/12/2025 15:14	SANDRA FREIRE DE BARROS E SILVA	
168	Envio ao Diário Oficial Eletrônico Referente ao evento Juntada de Parecer (05/12/25)	05/12/2025 15:14	SANDRA FREIRE DE BARROS E SILVA	
167	Juntada de Parecer	05/12/2025 15:14	SANDRA FREIRE DE BARROS E SILVA	

166	Remetidos os Autos para SANDRA FREIRE DE BARROS E SILVA Para Disponibilizar Parecer no DOE	07/11/2025 13:47	NELSON KOICHI KAKIUTI		
165	Cumprir determinação do(a) Relator(a) para Publicar	07/11/2025 13:47	NELSON KOICHI KAKIUTI		
164	Processo encaminhado CGCWCR	07/11/2025 13:02	PABLO VINICIUS SILVA ALCOLEA		
163	Retorno dos Autos do Colegiado 1ª Câmara	07/11/2025 12:22	ERIC FILIPE SOARES FERNANDES		
162	Resultado da decisão PARECER FAVORÁVEL. Com recomendação.	07/11/2025 12:22	ERIC FILIPE SOARES FERNANDES		
161	Juntada de Atos do Colegiado	07/11/2025 12:22	ERIC FILIPE SOARES FERNANDES		
160	Juntada deferida - Petição (Ref. Protocolo: 19659726)	03/11/2025 08:18	PABLO VINICIUS SILVA ALCOLEA		
159	Juntada indeferida - Retirada de Pauta (Ref. Protocolo: 19640904)	03/11/2025 08:18	PABLO VINICIUS SILVA ALCOLEA		
158	Solicitação de juntada - Juntada de Petição - Petição (Protocolo: 19659726)	31/10/2025 16:43	FERNANDO LEME SANCHES		
157	Solicitação de juntada - Juntada de Petição - Retirada de Pauta (Protocolo: 19640904)	30/10/2025 09:11	FERNANDO LEME SANCHES		
156	Processo encaminhado SDG-1 - 1ª Câmara	29/10/2025 09:58	RINALDO LUIS SOARES GODINHO		
155	Incluído na pauta de 4 de Novembro de 2025 14:00 1ª Câmara [04/11/2025 14:00 (Ter) - 32ª Ordinária Telepresencial 2025 (Telepresencial)]	29/10/2025 09:58	RINALDO LUIS SOARES GODINHO		
154	Cumprir determinação do(a) Relator(a) para inclusão na pauta	29/10/2025 09:58	RINALDO LUIS SOARES GODINHO		
153	Processo de Colegiado Autuado Nº 4402989230	20/10/2025 09:15	RINALDO LUIS SOARES GODINHO		
152	Distribuído por Prevenção Para 1ª Câmara - Emissão de Parecer	17/10/2025 15:05	MARIA CRISTINA MARCONDES MAGRI		
151	Cumprir determinação do(a) Relator(a) para inclusão na pauta de 04/11/2025 (Telepresencial)	17/10/2025 15:05	MARIA CRISTINA MARCONDES MAGRI		
150	Processo encaminhado GCWCR	09/10/2025 10:09	NELSON KOICHI KAKIUTI		
149	Recebimento dos Autos MPC.SP - 6ª Procuradoria (Proposta de desaprovação das Contas (ATJ/PFE/MPC/SDG))	09/10/2025 00:18	JOAO PAULO GIORDANO FONTES		
148	Processo encaminhado CGCWCR	25/09/2025 20:42	Sistema eletrônico		
147	Distribuído por Conselheiro/Conselheiro Substituto - Auditor Específico (Do Gabinete / Conselheiro/Conselheiro Substituto - Auditor GCARC / ANTONIO ROQUE CITADINI para GCWCR / WAGNER DE CAMPOS ROSARIO)	25/09/2025 20:42	Administrador e-TCESP		
146	Processo encaminhado CGCARC	20/08/2025 11:37	FERNANDO CARVALHO DE ALMEIDA		
145	Distribuído por Sorteio no Setor	20/08/2025 11:36	FERNANDO CARVALHO DE ALMEIDA		
144	Processo encaminhado GCARC	20/08/2025 10:42	NELSON KOICHI KAKIUTI		
143	Processo encaminhado CGCARC	18/08/2025 21:28	Sistema eletrônico		
142	Distribuído por Conselheiro/Conselheiro Substituto - Auditor Específico (Do Gabinete / Conselheiro/Conselheiro Substituto - Auditor GCCCM / CRISTIANA DE CASTRO MORAES para GCARC / ANTONIO ROQUE CITADINI)	18/08/2025 21:28	Administrador e-TCESP		
141	Distribuído por Prevenção na Área	12/08/2025 09:13	SILVIO IANATI		
140	Autos entregues em carga ao MPC.SP - 6ª Procuradoria	12/08/2025 09:11	SILVIO IANATI		
139	Distribuído por Prevenção na Área	12/08/2025 08:55	SILVIO IANATI		
138	Autos entregues em carga ao MPC.SP	12/08/2025 08:39	JOAO ANTONIO RAMALHO JUNIOR		
137	Recebimento dos Autos DIPE (Proposta de aprovação das Contas (ATJ/PFE/MPC/SDG))	12/08/2025 08:39	JOAO ANTONIO RAMALHO JUNIOR		
136	Autos entregues em carga ao DIPE	11/08/2025 15:20	CAMILA REIS SANTANA		
135	Autos entregues em carga ao DIPE-DIR	09/07/2025 08:16	JOAO ANTONIO RAMALHO JUNIOR		
134	Autos entregues em carga ao DIPE	08/07/2025 15:47	SERGIO FORTUNA JARRA		
133	Distribuído por Prevenção na Área	23/06/2025 13:18	GUILHERME LEME DE OLIVEIRA PINTO		
132	Autos entregues em carga ao DIPE-JUR	23/06/2025 11:16	JOAO ANTONIO RAMALHO JUNIOR		
131	Autos entregues em carga ao DIPE	23/06/2025 11:01	SERGIO FERRAZ DE CAMPOS LUCIANO		
130	Distribuído por Prevenção na Área	16/06/2025 13:33	GUILHERME LEME DE OLIVEIRA PINTO		
129	Autos entregues em carga ao DIPE-ECO	16/06/2025 10:56	JOAO ANTONIO RAMALHO JUNIOR		
128	Autos entregues em carga ao DIPE	16/06/2025 10:37	FABIO CALASTRI NOBRE		
127	Redistribuído por Prevenção na Área	13/06/2025 13:52	GUILHERME LEME DE OLIVEIRA PINTO		

126	Distribuído por Prevenção na Área	19/03/2025 11:00	GUILHERME LEME DE OLIVEIRA PINTO		
125	Autos entregues em carga ao ATJ-CAL	19/03/2025 10:13	JOAO ANTONIO RAMALHO JUNIOR		
124	Autos entregues em carga ao ATJ	19/03/2025 09:58	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
123	Cumprir determinação do(a) Presidente/Relator(a) para elaborar manifestação	19/03/2025 09:58	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
122	Advogado Desabilitado - JULIO CESAR MACHADO 330136 N/SP	19/03/2025 09:57	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
121	Órgão PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA Data da publicação 19/03/2025	19/03/2025 09:57	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
120	Disponibilizado no DOE em 18/03/2025	18/03/2025 07:15	Sistema eletrônico		
119	Envio ao Diário Oficial Eletrônico Referente ao evento Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Conselheiro(a) Substituto(a) - Auditor(a) (17/03/25)	17/03/2025 14:19	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
118	Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Conselheiro(a) Substituto(a) - Auditor(a)	17/03/2025 13:48	CRISTIANA DE CASTRO MORAES		
117	Conclusos para Despacho	12/03/2025 14:40	LAIS LEMOS DUARTE		
116	Processo concluso	12/03/2025 14:40	LAIS LEMOS DUARTE		
115	Advogado Habilitado - FERNANDO LEME SANCHES 272879 N/SP Interessado(a) JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR	27/02/2025 11:37	LAIS LEMOS DUARTE		
114	Juntada deferida - Petição (Ref. Protocolo: 17898814)	27/02/2025 11:37	LAIS LEMOS DUARTE		
113	Juntada deferida - Petição (Ref. Protocolo: 17895234)	27/02/2025 11:37	LAIS LEMOS DUARTE		
112	Juntada deferida - Petição (Ref. Protocolo: 17888757)	27/02/2025 11:37	LAIS LEMOS DUARTE		
111	Juntada deferida - Petição (Ref. Protocolo: 17724372)	27/02/2025 11:37	LAIS LEMOS DUARTE		
110	Solicitação de juntada - Juntada de Petição - Petição (Protocolo: 17898814)	26/02/2025 10:12	JULIO CESAR MACHADO		
109	Solicitação de juntada - Juntada de Petição - Petição (Protocolo: 17895234)	25/02/2025 16:22	JULIO CESAR MACHADO		
108	Solicitação de juntada - Juntada de Petição - Petição (Protocolo: 17888757)	25/02/2025 10:42	JULIO CESAR MACHADO		
107	Processo encaminhado CGCCCM	20/02/2025 15:50	WILSON ROBERTO MATEUS		
106	Redistribuído por Prevenção no Setor	20/02/2025 10:12	LUIZ HENRIQUE DE MELO ALBUQUERQUE		
105	Término da Contagem de Prazo Referente ao evento Data da publicação 15/01/2025 de 15/01/25	06/02/2025 00:11	Sistema eletrônico		
104	Processo encaminhado GCCCM	03/02/2025 17:38	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
103	Remessa	03/02/2025 17:38	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
102	Solicitação de juntada - Juntada de Petição - Petição (Protocolo: 17724372)	03/02/2025 17:32	JULIO CESAR MACHADO		
101	Notificação/Intimação lido(a) (Por JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR(Leitura Automática)) em 28/01/25 *Referente ao evento Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício(15/01/25)	28/01/2025 00:09	Sistema eletrônico		
100	Notificação/Intimação lido(a) (Por PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA(Leitura Automática)) em 28/01/25 *Referente ao evento Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício(15/01/25)	28/01/2025 00:09	Sistema eletrônico		
99	Notificação/Intimação expedido(a) (Para JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR)	15/01/2025 09:03	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
98	Notificação/Intimação expedido(a) (P/ Advgs. de PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA)	15/01/2025 09:03	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
97	Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício	15/01/2025 09:03	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
96	Data da publicação 15/01/2025	15/01/2025 09:03	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
95	Disponibilizado no DOE em 14/01/2025	14/01/2025 07:15	Sistema eletrônico		
94	Envio ao Diário Oficial Eletrônico Referente ao evento Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Conselheiro(a) Substituto(a) - Auditor(a) (13/01/25)	13/01/2025 14:20	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
93	Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Conselheiro(a) Substituto(a) - Auditor(a)	13/01/2025 12:36	CRISTIANA DE CASTRO MORAES		
92	Conclusos para Despacho	08/01/2025 07:30	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
91	Processo concluso	08/01/2025 07:30	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
90	Juntada deferida - Petição (Ref. Protocolo: 17386546)	11/12/2024 12:30	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
89	Término da Contagem de Prazo Referente ao evento Data da publicação 13/11/2024 de 13/11/24	11/12/2024 00:12	Sistema eletrônico		
88	Solicitação de juntada - Juntada de Petição - Petição (Protocolo: 17386546)	06/12/2024 16:44	JULIO CESAR MACHADO		

87	Notificação/Intimação lido(a) (Por JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR(Leitura Automática)) em 26/11/24 *Referente ao evento Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício(13/11/24)	26/11/2024 00:09	Sistema eletrônico	
86	Notificação/Intimação lido(a) (Por PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA(Leitura Automática)) em 26/11/24 *Referente ao evento Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício(13/11/24)	26/11/2024 00:09	Sistema eletrônico	
85	Notificação/Intimação expedido(a) (Para JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR)	13/11/2024 11:13	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
84	Notificação/Intimação expedido(a) (P/ Advgs. de PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA)	13/11/2024 11:13	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
83	Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício	13/11/2024 11:13	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
82	Data da publicação 13/11/2024	13/11/2024 11:13	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
81	Disponibilizado no DOE em 12/11/2024	12/11/2024 07:15	Sistema eletrônico	
80	Envio ao Diário Oficial Eletrônico Referente ao evento Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Conselheiro(a) Substituto(a) - Auditor(a) (11/11/24)	11/11/2024 16:00	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
79	Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Conselheiro(a) Substituto(a) - Auditor(a)	11/11/2024 14:53	SAMY WURMAN	
78	Término da Contagem de Prazo Referente ao evento Data da publicação 14/10/2024 de 14/10/24	07/11/2024 00:12	Sistema eletrônico	
77	Conclusos para Despacho	06/11/2024 09:29	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
76	Processo concluso	06/11/2024 09:29	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
75	Juntada deferida - Petição (Ref. Protocolo: 17168390)	06/11/2024 09:27	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
74	Solicitação de juntada - Juntada de Petição - Petição (Protocolo: 17168390)	05/11/2024 16:43	JULIO CESAR MACHADO	
73	Notificação/Intimação lido(a) (Por JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR(Leitura Automática)) em 25/10/24 *Referente ao evento Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício(14/10/24)	25/10/2024 00:09	Sistema eletrônico	
72	Notificação/Intimação lido(a) (Por PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA(Leitura Automática)) em 25/10/24 *Referente ao evento Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício(14/10/24)	25/10/2024 00:09	Sistema eletrônico	
71	Notificação/Intimação expedido(a) (Para JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR)	14/10/2024 10:05	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
70	Notificação/Intimação expedido(a) (P/ Advgs. de PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA)	14/10/2024 10:05	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
69	Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício	14/10/2024 10:05	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
68	Data da publicação 14/10/2024	14/10/2024 10:05	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
67	Disponibilizado no DOE em 11/10/2024	11/10/2024 07:15	Sistema eletrônico	
66	Envio ao Diário Oficial Eletrônico Referente ao evento Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Auditor(a) (09/10/24)	10/10/2024 07:42	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
65	Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Auditor(a)	09/10/2024 14:40	CRISTIANA DE CASTRO MORAES	
64	Conclusos para Despacho	24/09/2024 08:08	LAIS LEMOS DUARTE	
63	Processo concluso	24/09/2024 08:08	LAIS LEMOS DUARTE	
62	Recebimento dos Autos UR-17 (Relatório com ressalva)	23/09/2024 08:29	RODRIGO MARQUES RODRIGUES	
61	Autos entregues em carga ao UR-17	20/09/2024 14:10	TARSIS HELI MENDES	
60	Autos entregues em carga ao UR-17.3-Chefia	20/09/2024 09:10	MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR	
59	Autos entregues em carga ao UR-17.3	12/08/2024 21:29	TARSIS HELI MENDES	
58	Autos entregues em carga ao UR-17.3-AT	09/02/2024 11:36	RODRIGO MARQUES RODRIGUES	
57	Notificação/Intimação lido(a) (Por JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR(Leitura Automática)) em 15/09/23 *Referente ao evento Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício(04/09/23)	15/09/2023 00:15	Sistema eletrônico	
56	Notificação/Intimação lido(a) (Por PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA(Leitura Automática)) em 15/09/23 *Referente ao evento Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício(04/09/23)	15/09/2023 00:15	Sistema eletrônico	
55	Autos entregues em carga ao UR-17-AT	04/09/2023 11:29	RODRIGO MARQUES RODRIGUES	
54	Autos entregues em carga ao UR-17	04/09/2023 11:25	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
53	Cumprir determinação do(a) Relator(a) para elaborar instrução	04/09/2023 11:25	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
52	Juntada deferida - Petição (Ref. Protocolo: 14319443)	04/09/2023 11:24	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	
51	Juntada de Comprovante Intimação	04/09/2023 11:24	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO	

50	Notificação/Intimação expedido(a) (Para JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR)	04/09/2023 11:16	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
49	Notificação/Intimação expedido(a) (P/ Advgs. de PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA)	04/09/2023 11:16	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
48	Cumprida a determinação de Notificação/Intimação/Ofício	04/09/2023 11:16	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
47	Data da publicação 04/09/2023	04/09/2023 11:14	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
46	Disponibilizado no DOE em 02/09/2023	02/09/2023 07:06	Sistema eletrônico		
45	Envio ao Diário Oficial Eletrônico Referente ao evento Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Auditor(a) (01/09/23)	01/09/2023 13:57	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
44	Processo encaminhado CGCCCM	01/09/2023 11:50	GIULIANO MENDES MARTINS BUZZO		
43	Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Auditor(a)	01/09/2023 11:48	CRISTIANA DE CASTRO MORAES		
42	Solicitação de juntada - Juntada de Petição - Petição (Protocolo: 14319443)	21/08/2023 17:09	JULIO CESAR MACHADO		
41	Conclusos para Despacho	21/08/2023 10:55	LEONARDO CRISTIANO		
40	Processo concluso	21/08/2023 10:55	LEONARDO CRISTIANO		
39	Processo encaminhado GCCCM	21/08/2023 08:27	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
38	Remessa	21/08/2023 08:27	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
37	Recebimento dos Autos UR-17 (Fiscalização SEMESTRAL com ressalva)	18/08/2023 15:55	RODRIGO MARQUES RODRIGUES		
36	Cientificação encaminhada (Para parte: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA)	18/08/2023 15:25	RODRIGO MARQUES RODRIGUES		
35	Juntada de Documento de Cientificação	18/08/2023 15:25	RODRIGO MARQUES RODRIGUES		
34	Autos entregues em carga ao UR-17	18/08/2023 15:16	MARCOS JOSE DE CASTRO		
33	Autos entregues em carga ao UR-17.3-Chefia	18/08/2023 11:23	MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR		
32	Autos entregues em carga ao UR-17.3	18/08/2023 09:51	RODRIGO MARQUES RODRIGUES		
31	Autos entregues em carga ao UR-17	18/08/2023 09:46	ANA AMELIA CALDAS SAAD DE OLIVEIRA		
30	Remetido os autos a pedido	18/08/2023 09:46	ANA AMELIA CALDAS SAAD DE OLIVEIRA		
29	Distribuído por Prevenção no Setor	15/08/2023 21:09	ANA AMELIA CALDAS SAAD DE OLIVEIRA		
28	Juntada de Intimação	11/08/2023 08:17	MARIANGELA CALASTRI NOBRE		
27	Diligência Cumprido(a) Providenciar	11/08/2023 08:16	MARIANGELA CALASTRI NOBRE		
26	Remetidos os Autos para MARIANGELA CALASTRI NOBRE Para Providenciar	31/07/2023 09:43	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
25	Cumprir determinação do(a) Relator(a) para as providências	31/07/2023 09:43	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
24	Data da publicação 31/07/2023	31/07/2023 09:43	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
23	Disponibilizado no DOE em 28/07/2023	28/07/2023 07:07	Sistema eletrônico		
22	Envio ao Diário Oficial Eletrônico Referente ao evento Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Auditor(a) (27/07/23)	27/07/2023 16:37	GIAN FABIO RINALDO GAROFALO		
21	Processo encaminhado CGCCCM	27/07/2023 16:30	TIAGO PICCIRILLI STEFANI		
20	Cumprir Decisão/Despacho do(a) Conselheiro(a)/Auditor(a)	27/07/2023 15:13	CRISTIANA DE CASTRO MORAES		
19	Conclusos para Despacho	26/07/2023 15:12	LUIZ HENRIQUE DE MELO ALBUQUERQUE		
18	Processo concluso	26/07/2023 15:12	LUIZ HENRIQUE DE MELO ALBUQUERQUE		
17	Recebimento dos Autos UR-17.3-AT (Sem manifestação)	26/07/2023 14:33	RODRIGO MARQUES RODRIGUES		
16	Juntada indeferida - Petição (Ref. Protocolo: 13703353)	22/05/2023 10:51	LEONARDO CRISTIANO		
15	Solicitação de juntada - Juntada de Petição - Petição (Protocolo: 13703353)	19/05/2023 15:54	JULIO CESAR MACHADO		
14	Advogado Habilitado - JULIO CESAR MACHADO 330136 N/SP Órgão PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	17/05/2023 17:16	LEONARDO CRISTIANO		
13	Juntada deferida - Requisição de Habilitação (Ref. Protocolo: 13672886)	17/05/2023 17:16	LEONARDO CRISTIANO		
12	Solicitação de juntada - Juntada de Petição - Requisição de Habilitação (Protocolo: 13672886)	16/05/2023 15:00	JULIO CESAR MACHADO		
11	Processo dependente cadastrado: 8955.989.23-1	17/04/2023 14:42	Sistema eletrônico		
10	Distribuído por Prevenção no Setor	22/02/2023 16:52	LUIZ HENRIQUE DE MELO ALBUQUERQUE		
9	Autos entregues em carga ao UR-17.3-AT	10/02/2023 18:07	MARCOS JOSE DE CASTRO		
8	Autos entregues em carga ao UR-17.3-Chefia	10/02/2023 17:03	JOAO GILBERTO REY		
7	Autos entregues em carga ao UR-17	09/02/2023 22:36	Sistema eletrônico		
6	Remetidos os autos em carga	09/02/2023 22:36	Sistema eletrônico		
5	Processo encaminhado GCCCM	09/02/2023 22:36	Sistema eletrônico		
4	Distribuído por Área (Do Gabinete / Conselheiro/Auditor GP / SIDNEY	09/02/2023 22:36	Sistema eletrônico		

	ESTANISLAU BERALDO para GCCCM / CRISTIANA DE CASTRO MORAES)		
3	Processo encaminhado GP	09/02/2023 22:36	Sistema eletrônico
2	Distribuído para GP	09/02/2023 22:36	Sistema eletrônico
1	Processo Autuado Origem: Sistema eletrônico	09/02/2023 22:36	Sistema eletrônico

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
CARTÓRIO DO CONSELHEIRO WAGNER DE CAMPOS ROSÁRIO
(11) 3292-3518 - cgcwcr@tce.sp.gov.br

C E R T I D Ã O

PROCESSO:	**00004402.989.23-0**
ÓRGÃO:	▪ PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA (CNPJ 45.324.290/0001-67)
INTERESSADO(A):	▪ JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR (CPF ***.070.128-**) ▪ **ADVOGADO:** FERNANDO LEME SANCHES (OAB/SP 272.879)
ASSUNTO:	Contas de Prefeitura - Exercício de 2023
EXERCÍCIO:	2023
INSTRUÇÃO POR:	UR-17
PROCESSO(S) DEPENDENTES(S):	00008955.989.23-1

Certifico que o r. Parecer do processo em epígrafe disponibilizado em 06/12/25 e publicado no DO-TCESP de 08/12/25, transitou em julgado em 23/02/2026.

Cartório do GCWCR, 26 de fevereiro de 2026.

GISELE CRISTINA DA SILVA ANTUNES
Assessor Técnico de Gabinete II

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: GISELE CRISTINA DA SILVA ANTUNES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-JF4R-FGUC-6DR7-4N4T

P A R E C E R

TC-004402.989.23-0
Prefeitura Municipal: Igarapava.
Exercício: 2023.
Prefeito(a): José Ricardo Rodrigues Mattar.
Advogado(s): Fernando Leme Sanches (OAB/SP nº 272.879).
Procurador(es) de Contas: João Paulo Giordano Fontes.
Fiscalizada por: UR-17.
Fiscalização atual: UR-17.

EMENTA: CONTAS ANUAIS. PREFEITURA MUNICIPAL. PARECER FAVORÁVEL. RECOMENDAÇÕES
Atendidos os principais índices constitucionais e legais. Equilíbrio dos resultados contábeis. Impropriedades que não comprometem as contas. Parecer favorável, com recomendações. Votação Unânime.

Vistos, relatados e discutidos os autos.

Considerando o que consta do relatório e voto do relator, conforme notas taquigráficas, juntados aos autos, a E. Primeira Câmara, em sessão de **4 de novembro de 2025**, pelo voto dos Conselheiros Wagner de Campos Rosário, Relator, e Dimas Ramalho, Presidente, e do Conselheiro Substituto - Auditor Márcio Martins de Camargo, emitiu parecer favorável, com recomendações, sobre as contas da Prefeitura Municipal de Igarapava, relativas ao exercício de 2023, com as recomendações constantes na íntegra da decisão, excetuados os atos pendentes de apreciação por este Tribunal.

Presente o Dr. Celso Augusto Matuck Feres Júnior, DD. Representante do Ministério Público de Contas.

Publique-se.

São Paulo, 4 de novembro de 2025.

DIMAS RAMALHO
Presidente

WAGNER DE CAMPOS ROSÁRIO
Relator

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO; DIMAS EDUARDO RAMALHO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-FFFG-KAOK-7GV8-4DCM

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

RELATOR - CONSELHEIRO WAGNER DE CAMPOS ROSÁRIO

32ª Sessão Ordinária da Primeira Câmara, dia 04-11-25

Item: 64
Processo TC-004402.989.23-0
Prefeitura Municipal: Igarapava.
Exercício: 2023.
Prefeito(a): José Ricardo Rodrigues Mattar.
Advogado(s): Fernando Leme Sanches (OAB/SP nº 272.879).
Procurador(es) de Contas: João Paulo Giordano Fontes.
Fiscalizada por: UR-17.
Fiscalização atual: UR-17.

Igarapava

DESCRIÇÃO	DADOS	ANO DE REFERÊNCIA
População	26.212	2022
Densidade demográfica	55,97 hab/km²	2022
Extensão territorial	468,355 km²	2022
Atividade econômica predominante	Serviços	2021
Arrecadação Municipal	R$ 186.132.321,59	2023
Receita Corrente Líquida-RCL	R$ 140.553.403,59	2023

EMENTA: CONTAS ANUAIS. PREFEITURA MUNICIPAL. PARECER FAVORÁVEL. RECOMENDAÇÕES
Atendidos os principais índices constitucionais e legais. Equilíbrio dos resultados contábeis. Impropriedades que não comprometem as contas. Parecer favorável, com recomendações.

Tratam os autos das Contas da Prefeitura Municipal de Igarapava, relativas ao exercício de 2023, auditadas pela Unidade Regional de Ituverava - UR-17, que elaborou relatório (evento 62.65), do qual se extraem as seguintes ocorrências de destaque, com ajustes:

A.4. FISCALIZAÇÕES ORDENADAS
- Foram constatadas irregularidades que permaneceram em novas verificações relativas à I Fiscalização Ordenada Nacional 2023 – Escolas; e à IV Fiscalização Ordenada 2023 - Escolas em Tempo Integral.

B.1. PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (i-Plan/IEG-M)
- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Plan demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

- Os percentuais autorizados nas peças orçamentárias da Origem, para abertura de créditos adicionais suplementares, superaram o patamar de inflação da época, em inobservância ao disposto no item 7 do Comunicado SDG nº 13/2017;
- Foram abertos créditos adicionais suplementares por decreto (18,73%) acima dos próprios limites (10%) definidos nas peças orçamentárias;
- Alto índice de alterações orçamentárias no exercício de 2023 (32,04%), demonstrando a precariedade do planejamento orçamentário, pressuposto para a responsabilidade da gestão fiscal (art. 1º, § 1º, da LRF);
- Grande parte das metas e indicadores do planejamento não possuem utilidade, tendo em vista a ausência de capacidade de suportar decisões seja no nível operacional, tático ou estratégico;
- Parte das metas das ações previstas não possuem validade (capacidade de impactar a realidade mensurada pelo indicador) e não permitem monitorar e avaliar a efetividade das ações desenvolvidas no ciclo das políticas públicas (formulação, execução, monitoramento e avaliação);
- Parte das metas constantes no anexo da LDO não condizem com o informado no relatório de atividades, demonstrando a falta de fidedignidade das informações enviadas ao Sistema Audesp;
- O Município deixou de dar efetivo cumprimento ao artigo 165, §1º, da CF;
- O Munícipio não elaborou o relatório anual de avaliação dos programas finalísticos monitorados do PPA prejudicando o monitoramento, avaliação e controle do planejamento municipal.

B.2. ADEQUAÇÃO FISCAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (i-Fiscal/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Fiscal demonstrou involução, obtendo nota C+ no exercício em exame - em fase de adequação, em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.
- Baixo recebimento da dívida ativa do Município durante o exercício analisado, em relação ao estoque inicial;
- A Prefeitura não implantou o Plano de Cargos e Salários Específico para os Fiscais Tributários, o que compromete a autonomia no desempenho de suas funções, tratada no inciso XVIII, do artigo 37, da Constituição Federal;
- O percentual da despesa corrente do Ente foi de 96,79% em relação a sua receita corrente, superando o limite (95%) do artigo 167-A da Constituição Federal.

B.3. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ENSINO (i-Educ/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Educ demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

- IDEB para os anos iniciais do Ensino Fundamental da rede municipal de ensino abaixo da meta nos últimos dois exercícios avaliados (2021 e 2023), contrariando o estabelecido na meta 7 do seu Plano Municipal de Educação;
- A Prefeitura não realiza o monitoramento da execução e atingimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Educação, em desacordo com o previsto em seu art. 5°;
- Nenhum dos 15 estabelecimentos de ensino da rede pública municipal possuíam Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB vigente no ano de 2023;
- Diversas irregularidades de infraestrutura nas escolas: EMEF Jardel Biguetti Domeneghi e EMEI Maria da Conceição dos santos;
- Constatada demanda não atendida por vagas em creche, totalizando 201 crianças na lista de espera, em prejuízo ao disposto nos arts. 7º, XXV, e 208, IV, da Constituição Federal, arts. 4º, II, e 11, V, da Lei nº 9.394/1996 e art. 54, IV, da Lei nº 8.069/1990 e recomendação deste Tribunal de Contas;
- Obra de creche tipo 2 (Programa Pro infância), com contrato assinado desde 24/06/2022, e que ficou mais de 18 meses sem ser iniciada;
- Falta de transparência e comunicação entre a Prefeitura e o CACS FUNDEB com emissão de parecer inconclusivo referente a aplicação dos recursos em 2023.

B.5. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS AMBIENTAIS (i-Amb/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Amb demonstrou involução, obtendo nota C no exercício analisado - baixo índice de efetividade, em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas;
- A Prefeitura Municipal não realiza e não regulamentou o sistema de coleta seletiva de resíduos sólidos contrariando o estabelecido no artigo 19, incisos XIV e XV, da Lei Federal nº 12.305, de 2 de agosto de 2010.

B.6. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE INFRAESTRUTURA (i-Cidade/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Cidade demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas;
- A Prefeitura Municipal não possui Plano de Contingência Municipal de Defesa Civil – PLANCON.

C.1.1. RESULTADO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- O Município procedeu à abertura de créditos adicionais correspondente a 32,04% da Despesa Fixada Inicial;
- Abertura de créditos adicionais suplementares em percentual superior ao permitido nas peças orçamentárias da Origem;
- Esse percentual de alteração ratifica o baixo nível de adequação às dimensões auditadas pelo resultado do I-Plan/IEG-M descrito no item

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

B.1. deste relatório e demonstra a precariedade do planejamento orçamentário, pressuposto para a responsabilidade da gestão fiscal (art. 1º, § 1º, da LRF).

C.1.5.1. PRECATÓRIOS

- O Balanço Patrimonial não registra corretamente a dívida de precatórios da Origem pois foi observado divergência entre o saldo de precatórios em 31/12/2023 constante do mapa encaminhado ao Sistema AUDESP e o valor registrado em seu Balanço Patrimonial;
- O Balanço Patrimonial não registra corretamente os saldos financeiros existentes nas contas bancárias junto ao Tribunal de Justiça, pois não foi realizada as baixas na ocasião dos pagamentos de precatórios realizados pelo DEPRE;
- Tais ocorrências prejudicam a fidedignidade das peças contábeis da Origem e contrariam os princípios da transparência fiscal (artigo 1º, § 1º, da Lei de Responsabilidade Fiscal) e da evidenciação contábil (artigo 85 da Lei nº 4.320, de 1964).

C.1.6. DEPÓSITOS JUDICIAIS E EXTRAJUDICIAIS

- Falhas de contabilização referente aos depósitos judiciais do Fundo garantidor-TJSP, tendo em vista que não foram observadas as orientações previstas na Lei Municipal nº 836/2019, no Item 30 das Instruções de Procedimentos Contábeis nº 15 (IPC 15) da Secretaria do Tesouro Nacional e no Comunicado SDG nº 29/2021, em desobediência aos princípios da transparência fiscal e da evidenciação contábil.

C.1.7.3. REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA

- O Município está em situação irregular perante a Lei Federal nº 9.717/1998, o que constitui óbice à emissão do Certificado de Regularidade Previdenciária pela via convencional, sendo que o último CRP obtido dessa forma expirou em 2014.

C.1.7.3.1. IRREGULARIDADES NO PAGAMENTO DOS APORTES PARA EQUACIONAMENTO DO DÉFICIT ATUARIAL

- Do valor total de R$ 7.233.403,53 devido pela Prefeitura, foi pago apenas R$_2.480.755,42, restando um saldo devedor de R$_4.752.648,11 ao final de 2023;
- Ao final do exercício, foi enviado projeto de Lei para parcelamento deste saldo devedor, que não foi aprovado pela Câmara Municipal;
- Dotação final (após cancelamentos de dotações) insuficiente para suportar as despesas com os aportes para amortização do déficit atuarial;
- A falta de regular cumprimento pela Prefeitura das obrigações relacionadas aos aportes devidos ao RPPS vem ocorrendo de forma recorrente e gerando sucessivos parcelamentos, o que aumenta seu endividamento de longo prazo e compromete orçamentos futuros do Município e a preservação do equilíbrio financeiro e atuarial do RPPS, em prejuízo ao art. 40, *caput*, da Constituição Federal, art. 69 da LRF

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

e art. 1º, *caput*, da Lei nº 9.717/1998.

C.1.7.3.2. DIVERGÊNCIAS NO CONTROLE DA DÍVIDA PREVIDENCIÁRIA ENTRE A PREFEITURA E O RPPS

- O RPPS registrou direitos a receber no valor de R$ 10.125.315,26, referentes a contribuições previdenciárias incidentes sobre parcelas remuneratórias dos benefícios de auxílio-doença não recolhidas nos anos de 2010 a 2018, sendo que a Prefeitura não reconhece em seu balanço patrimonial a existência de tais obrigações, a despeito de recomendação anterior deste Tribunal.

C.2.1 – DA DÍVIDA ATIVA

- Não é realizada no Município a higienização no estoque da dívida ativa, de forma a separar os créditos podres, débitos prescritos, de pequeno valor ou com vícios administrativos;
- Não foram implantadas as seguintes modalidades de cobrança extrajudicial: Protesto extrajudicial da Certidão da Dívida Ativa (CDA); Conciliação extrajudicial; Inclusão do nome do devedor em Cadastro (Ex. Cadastro Informativo Municipal - CADIN); Inclusão do nome do devedor em serviços de proteção ao crédito.

D.1.2. DEMAIS APURAÇÕES SOBRE O FUNDEB

- A rede municipal não se habilitou, no exercício em exame para recebimento em 2024, à Complementação da União VAAT e VAAR, tendo em vista o não atendimento às seguintes condicionalidades:
VAAT: Não transmitiu ao SIOPE os dados do ano de 2022.
VAAR: Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020 em 2023.

D.2.2 INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

- Diversas metas em relação à Atenção Básica, definidas através do Plano Municipal de Saúde (2022-2025) não foram atingidas ao final do exercício de 2023;
- O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não atende à diretriz do Ministério da Saúde em cinco das seis equipes de Saúde da Família do Município, que é de 1 ACS para cada 750 pessoas cadastradas;
- População total cadastrada por ESF maior que o recomendado pelo Ministério da Saúde nas seis equipes de saúde da família do Município, sendo que todas possuem mais de 3.500 pessoas cadastradas e o ideal é de 2.000 a 3.500.

D.2.3. AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAIS

- Nenhuma das oito Unidades de Saúde do Município possui Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) vigente.

E.2. FIDEDIGNIDADE DOS DADOS INFORMADOS AO SISTEMA AUDESP

- Divergências entre os dados informados pela Origem e aqueles

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

apurados no Sistema Audesp/IEG-M – itens B.1, C.1.4 e C.1.5.1.

F.1. PERSPECTIVAS DE ATINGIMENTO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – ODS

- Indica-se que o Munícipio poderá não contribuir para o atingimento das seguintes metas propostas pela Agenda 2030 (ODS): 1, 3, 4, 10, 11, 12 e 13.

F.2. ATENDIMENTO À LEI ORGÂNICA, INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES/DETERMINAÇÕES DO TCESP

- Envio dos dados, das informações e dos documentos referentes à Gestão Fiscal e à Prestação Anual de Contas fora do prazo estabelecido no Calendário Anual de Obrigações do Sistema AUDESP, contrariando o artigo 55 das Instruções nº 01/2020 do TCESP;
- A Prefeitura descumpriu recomendações desta E. Corte de Contas.

Exercício	TC	DOE	Data do trânsito em julgado
2019	004759.989.19	02/10/2021	24/11/2021

Recomendações / determinações	Atendida
– Estabeleça limite para a abertura de créditos suplementares, referenciado à inflação esperada para o período.	Não
– Contabilize corretamente as dívidas judiciais e previdenciárias.	Não
– Adote medidas eficazes para melhorar os Índices de Eficiência da Gestão Municipal, considerando, para tanto, os questionários setoriais, as metas previstas no Plano Nacional da Educação e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU.	Não
– Atenda às Instruções e às recomendações deste E. Tribunal.	Não

Exercício	TC	DOE	Data do trânsito em julgado
2018	004418.989.18	02/07/2020	14/08/2020

Recomendações / determinações	Atendida
– Modere o percentual de alterações orçamentárias.	Não
– Solucione as ocorrências relatadas no contexto do i-Fiscal, melhore a recuperação da Dívida Ativa (...).	Não
– Aprimore o desempenho global da gestão e as técnicas de planejamento governamental, (...).	Não
– Corrija desconformidades anotadas pelo i-Educ, traduzindo os recursos públicos investidos em efetiva qualidade dos serviços prestados e equacionando o déficit de vagas em creches.	Não
– Institua providências face às fragilidades do i-Amb, i-Cidade (...).	Não

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

Notificada a autoridade responsável, foram apresentadas justificativas (eventos 112 e 113).

Os autos tramitaram pelo Departamento de Instrução Processual Especializada (DIPE), contando com a aprovação unânime dos Setores e respectiva Chefia (evento 137.4).

O DIPE-Cálculos (evento 137.1) anotou o que se reproduz abaixo:

> Considerando tudo o que foi mencionado, estritamente sob a ótica dos cálculos das aplicações dos mínimos constitucionais e legais vinculados ao ENSINO e à SAÚDE, entendo que as contas em análise comportam parecer favorável, sem prejuízo da proposta de reiterar a recomendação encaminhada à Origem nas contas de 2022 (TC-4137/989/22), para que equacione o déficit de vagas em creches, atendendo a demanda das crianças na lista de espera.
>
> As deficiências relatadas no item 'D.1.2. DEMAIS APURAÇÕES SOBRE O FUNDEB', também sugerem a necessidade das seguintes recomendações:
>
> 1.Transmissão ao SIOPE: Transmitir ao SIOPE os dados para habilitação ao recebimento da Complementação da União VAAT.
>
> 2.Cumprimento da Lei nº 14113/2020: Cumprir o disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020 para habilitação ao recebimento da Complementação da União VAAR.
>
> Quanto aos apontamentos relacionados à efetividade das políticas públicas na saúde e no ensino, os resultados em comento indicam que persiste a necessidade de a Origem redobrar seus esforços para corrigir os pontos alçados pela fiscalização e pelos indicadores sociais incidentes, a fim de elevar o nível de resposta dos sistemas de planejamento, execução e controle, bem como na oferta de serviços suficientes e com qualidade à população.

O DIPE-Economia registrou o seguinte (evento 137.2):

> Acredito que os resultados contábeis obtidos pela municipalidade não prejudicaram o equilíbrio das contas, onde o desequilíbrio orçamentário apresentou-se coberto pelo superávit financeiro anterior e os resultados financeiro, econômico e patrimonial foram positivos. Este é o ensinamento constante do manual básico disponibilizado no site desta E. Corte Gestão Financeira de Prefeituras e Câmaras Municipais - páginas 50/51, item 3.1 que trata do déficit orçamentário: " Todavia, um déficit orçamentário pode ser absolutamente lícito, desde que amparado no superávit financeiro do exercício anterior. É bem a isso o que se refere o art.43, §1º, I, da Lei nº 4.320, de 1964".

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

> A cobertura do déficit orçamentário pelo saldo financeiro positivo do exercício anterior indica que a administração municipal conseguiu acumular reservas suficientes em exercícios anteriores para enfrentar eventuais desequilíbrios orçamentários. Recomenda-se a implementação de medidas corretivas para evitar a repetição de déficits futuros e garantir a sustentabilidade fiscal do município, promovendo um equilíbrio entre receitas e despesas de forma contínua e estruturada.
>
> Apesar das falhas detectadas, que precisam de correção, as contas da Prefeitura não são comprometidas no geral. A prefeitura deve continuar a monitorar e ajustar suas finanças para garantir a sustentabilidade fiscal e evitar impactos negativos futuros. A manutenção de práticas de limitação de empenho (controle e restrição das despesas autorizadas) e uma rigorosa planificação de caixa (gestão cuidadosa dos fluxos de entrada e saída de recursos financeiros) são essenciais para manter o equilíbrio fiscal, prevenir déficits orçamentários e assegurar que os compromissos financeiros sejam honrados sem comprometer a saúde financeira da administração pública.
>
> (...)
>
> Assim, ao propor recomendações, opino pela emissão de Parecer Favorável à aprovação das contas da Prefeitura de Igarapava, relativas ao exercício de 2023.

O DIPE-Jurídico opinou de modo favorável e destacou o que segue (evento 137.3):

> ... foi atendido o que determina o artigo 212, da Constituição Federal (aplicação mínima de 25% da receita resultante de Impostos no Ensino), bem como ao inciso XII, do artigo 60 das Disposições Constitucionais Transitórias e artigo 26, da Lei 14.113/2020 (aplicação mínima de 70% do FUNDEB na remuneração dos profissionais do Magistério), bem como, 99,99% desses repasses no próprio exercício.
>
> De igual modo, as Despesas com Pessoal atenderam o que determina a Lei de Responsabilidade Fiscal (54%), uma vez que corresponderam a 41,38% de sua Receita Corrente Líquida.
>
> (...)
>
> O Setor Técnico pertinente (CAL/Evento 128.1), ao analisar os aspectos de sua alçada, em especial, os IGM-EDUC e SAÚDE, opina, ao final, pela emissão de PARECER FAVORÁVEL às presentes contas.
>
> De igual modo, o Setor Técnico precedente (ECO/Evento 131.1) não viu óbices que pudessem comprometer a boa ordem das contas aqui tratadas.
>
> Nesse contexto, somos S.M.J., pela EMISSÃO DE PARECER PRÉVIO FAVORÁVEL À APROVAÇÃO DAS CONTAS DA PREFEITURA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

MUNICIPAL DE IGARAPAVA, relativas ao exercício de 2023, sem embargo, contudo, das recomendações sugeridas.

Por outro lado, o Ministério Público de Contas (MPC) opinou pela emissão de parecer desfavorável, com recomendações (evento 149), destacando, sinteticamente:

1. IEG-M – desempenho insatisfatório da gestão das políticas públicas municipais aferido pelo IEGM evidenciado pela nota "C – Baixo nível de adequação" na avaliação global, situação que se repetiu nos exercícios anteriores (REINCIDÊNCIA);
2. Itens B.1 e C.1.1 – deficiente planejamento das políticas públicas e consequente manutenção do indicador no patamar "C"; elevado percentual de alterações orçamentárias, correspondente a 32,04% da despesa inicialmente fixada, em desacordo com as orientações deste Tribunal (Comunicados SDG nº 29/2010 e nº 32/2015) (REINCIDÊNCIA);
3. Item B.3 – desatendimento aos parâmetros de qualidade operacional do ensino, contribuindo para a estagnação do índice setorial no último patamar no âmbito do IEG--M (conceito C); diversos problemas estruturais nas unidades; demanda reprimida de vagas para creche;
4. Item C.1.7.3.1 – insuficiente direcionamento de recursos para o equacionamento do déficit atuarial do Regime Próprio de Previdência.

Síntese do apurado pela fiscalização (evento 62.65, fls. 60/61):

ITENS	
CONTROLE INTERNO	Regular
HOUVE ADESÃO AO PROGRAMA DE TRANSPARÊNCIA FISCAL DA LEI COMPLEMENTAR Nº 178/2021?	Não
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Resultado no exercício (déficit)	- 5,81%
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Percentual de investimentos	5,48%
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTÁ AMPARADO EM SUPERÁVIT FINANCEIRO ANTERIOR?	Sim
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA FEZ SURGIR DÉFICIT FINANCEIRO?	Não
DÍVIDA DE CURTO PRAZO	Favorável
DÍVIDA DE LONGO PRAZO	Favorável
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento/depósito de precatórios judiciais?	Sim
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento de requisitórios de baixa monta?	Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Geral de Previdência Social (INSS)?	Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Próprio de Previdência Social?	Sim
ENCARGOS – Está cumprindo parcelamentos de débitos de encargos?	Sim

RPPS – Relação da situação do RPPS com as contas do Ente	Desfavorável
TRANSFERÊNCIAS AO LEGISLATIVO - Os repasses atenderam ao limite constitucional?	Sim
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Despesa de pessoal em dezembro do exercício em exame	41,38%
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Atendido o artigo 21, I, da LRF?	Sim
ENSINO - Aplicação na Educação - artigo 212 da Constituição Federal-CF (mínimo 25%)	32,46%
ENSINO - Fundeb[1] aplicado na remuneração dos profissionais da educação básica (mínimo 70%)	93,38%
ENSINO - Recursos do Fundeb aplicados no exercício (mínimo 90%)	100,00%
ENSINO – Fundeb: Se diferida, a parcela residual do montante recebido no exercício examinado (até 10%) foi aplicada até 30/04 do exercício seguinte?	Prejudicado
ENSINO – Fundeb: Complementação União VAAT Despesa Capital (mínimo 15%)	Prejudicado
ENSINO – Fundeb: Complementação União VAAT – Aplicado no mínimo o Indicador para Educação Infantil (IEI)?	Prejudicado
SAÚDE - Aplicação na Saúde (mínimo 15%)	26,34%

Pareceres de exercícios anteriores:

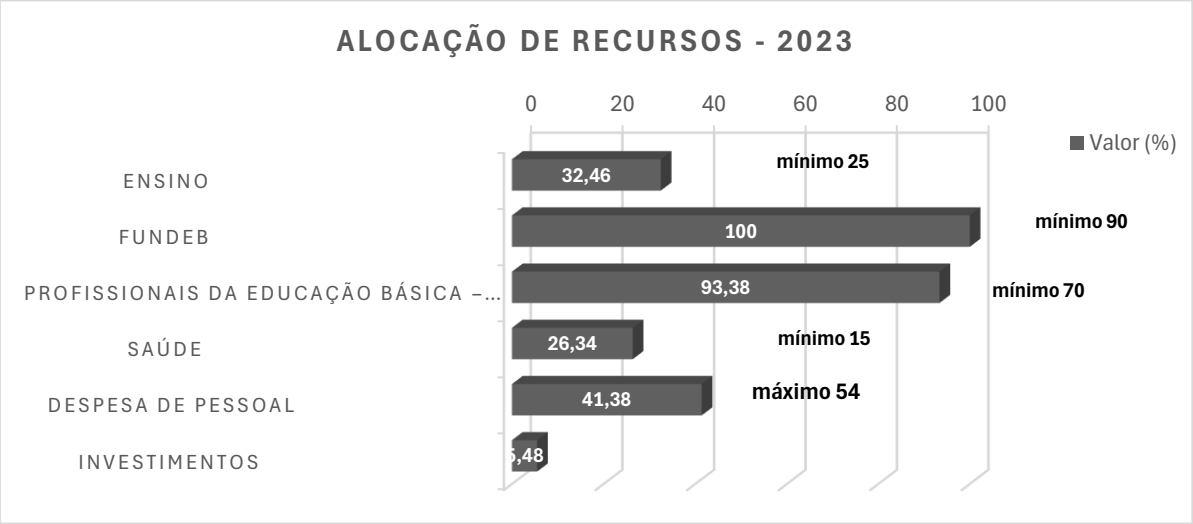
Exercícios	Processos	Trânsito em julgado	Pareceres	Principais itens que ensejaram o parecer desfavorável
2019	004759.989.19	24/11/2021	Favorável com ressalvas	Não se aplica.
2020	003107.989.20	29/01/2024	Favorável com ressalvas	Não se aplica.
2021	007090.989.20	16/02/2024	Favorável com ressalvas	Não se aplica.

É o Relatório.

VOTO

As contas da Prefeitura Municipal de Igarapava, relativas ao exercício de 2023, merecem aprovação, diante do resultado favorável no que se refere aos pontos essenciais da gestão, de maneira que as impropriedades detectadas podem ser levadas ao campo das recomendações, como passo a expor:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3



Transferência ao Legislativo	Regular
Resultado da Execução Orçamentária	Déficit -5,81%
Resultado Financeiro	Superávit
Remuneração dos Agentes Políticos	Regular
Encargos Sociais	Regular
Precatórios	Regular

O relatório de fiscalização (evento 62.65) revela o atendimento aos mandamentos constitucionais e legais referentes à aplicação de recursos na manutenção e desenvolvimento do ensino, que alcançou u 32,46% da receita resultante de impostos, superando o mínimo obrigatório de 25%, bem como na Saúde, que alcançou 26,34%, acima do mínimo de 15% das receitas de impostos e transferências, além da observância aos limites de gastos com pessoal e de transferências de recursos ao Poder Legislativo.

Não foram constatadas irregularidades no recolhimento dos encargos sociais nem nos pagamentos dos subsídios dos agentes políticos.

Com base nos dados gerados pelo Sistema Audesp e consignados no Relatório de Fiscalização, verificou-se déficit na execução orçamentária, com os reflexos abaixo demonstrados:

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	Valores
(+) RECEITAS REALIZADAS	R$ 151.853.645,46
(-) DESPESAS EMPENHADAS	R$ 157.548.300,83

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

(-) REPASSES DE DUODÉCIMOS À CÂMARA	R$ 4.770.000,00	
(+) DEVOLUÇÃO DE DUODÉCIMOS DA CÂMARA	R$ 1.636.578,35	
(-) TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS À ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	R$ 0,00	
(+ ou -) *AJUSTES DA FISCALIZAÇÃO*		
RESULTADO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	**R$ -8.828.077,02**	**-5,8135%**

Resultados	Exercício em exame	Exercício anterior	%
Financeiro	R$ 4.779.063,11	R$ 13.702.231,19	- 65,12%
Econômico	R$ 4.830.767,55	R$ 16.862.146,17	- 71,35%
Patrimonial	R$ 50.869.785,84	R$ 40.504.787,52	25,59%

Como se observa nos quadros, o resultado orçamentário, conquanto deficitário no exercício em exame (2023), foi totalmente amparado pelo resultado financeiro superavitário vindo do exercício anterior (2022), havendo superávit financeiro também em 2023, o que culmina em uma situação de equilíbrio das contas.

Conforme consta do manual básico disponibilizado no site desta e. Corte “Gestão Financeira de Prefeituras e Câmaras Municipais” (pp. 50/51): *"Todavia, **um déficit orçamentário pode ser absolutamente lícito, desde que amparado no superávit financeiro do exercício anterior***”. (grifo nosso)

Quanto ao pagamento das obrigações judiciais, há a informação de que a municipalidade está enquadrada no Regime Especial, sendo atestada a suficiência dos depósitos no exercício, tendo sido pago o montante de R$ 3.562.537,21.

Ainda, observou-se a quitação de todos os requisitórios de baixa monta, no montante de R$ 71.870,46.

Acerca da execução das políticas públicas, este e. Tribunal tem se dedicado a demonstrar aos gestores municipais que não basta o atendimento aos índices legais e constitucionais, porquanto a aplicação dos recursos tem de ser acompanhada de impacto positivo para a população, sob forma de serviços públicos adequados, eficientes, eficazes e efetivos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

Eis a série histórica de classificação do IEG-M – Índice de Efetividade da Gestão Municipal, após validação pela Auditoria:

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
IEG-M	C	C	C	C
i-Planejamento	C+	C	C	C
i-Fiscal	C	B	B	C+
i-Educ	C	C	C	C
i-Saúde	B	C+	C+	B
i-Amb	C	C	C+	C
i-Cidade	C	C	C	C
i-Gov-TI	C	C	C	B

LEGENDA				
A Altamente Efetiva	**B+** Muito Efetiva	**B** Efetiva	**C+** Em fase de adequação	**C** Baixo nível de adequação

IEG-M	Índice de Efetividade da Gestão Municipal
i-Planejamento	mede a consistência entre o planejado e o efetivamente implementado e a coerência entre as metas e os recursos empregados.
i-Fiscal	mede os resultados da administração fiscal a partir da análise da execução financeira e orçamentária e do respeito à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).
i-Educ	mede os resultados do setor por meio de quesitos relacionados à Educação Infantil e ao Ensino Fundamental, com foco em infraestrutura escolar.
i-Saúde	mede os resultados da área por meio de quesitos relacionados à Atenção Básica, às Equipes de Saúde da Família, aos Conselhos Municipais de Saúde, a tratamentos e vacinação.
i-Amb	mede os resultados das ações relacionadas ao ecossistema que impactam serviços e a qualidade de vida do cidadão. Examina dados sobre resíduos sólidos, educação ambiental e estrutura dos conselhos relacionados ao setor, entre outros.
i-Cidade	mede o grau de planejamento de ações relacionadas à segurança dos munícipes diante de eventuais acidentes e desastres naturais.
i-Gov-TI	mede o grau de utilização de recursos tecnológicos em áreas como capacitação de pessoal, transparência e segurança da informação.

O panorama geral na execução das políticas públicas das principais áreas avaliadas pelo IEG-M evidencia um cenário de estagnação em "baixo nível de adequação", com a nota "C" nos quatro últimos exercícios avaliados.

A aferição sobre o Planejamento das Políticas Públicas (i-Plan) revelou estagnação em baixo nível de adequação, com a nota "C" nos três

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

últimos exercícios, desatendendo a recomendações deste e. Tribunal, com destaque para:

- abertura de créditos adicionais suplementares por meio de decreto municipal (18,73%), acima dos próprios limites definidos nas peças orçamentárias.
- indicadores não mensuráveis ou não coerentes com as metas físico-financeiras estabelecidas nas peças orçamentárias.
- metas constantes no anexo da LDO que não condizem com o informado no relatório de atividades, demonstrando a falta de fidedignidade das informações enviadas ao Sistema Audesp.
- ausência do relatório anual de avaliação dos programas finalísticos monitorados do Plano Plurianual (PPA).

O i-Fiscal, outra vertente importante, apresentou situação “em fase de adequação”, com a nota “C+”, pequena queda em relação aos dois exercícios anteriores, em desatendimento a recomendações pretéritas desta Corte, destacando-se o recebimento de apenas 6,05% da dívida ativa no Município, em relação ao estoque inicial (R$ 17.719.981,25).

O resultado das políticas públicas do Ensino (i-Educ) delineou “baixo nível de adequação”, com a nota “C” nos quatro exercícios avaliados, descumprindo recomendações precedentes.

Importa a adoção de medidas de correção e melhoria, com vistas ao aprimoramento e a uma maior efetividade dos serviços colocados à disposição da população.

O i-Saúde foi registrado com a nota “B”, demonstrando efetividade, não tendo sido constatadas ocorrências pela Auditoria.

O i-Amb obteve a nota “C”, a mesma alcançada em três dos quatro exercícios avaliados, evidenciando involução em relação ao exercício anterior

(2022), avaliado com a nota “C+”, com destaque para o fato de que a Prefeitura Municipal não possui programa de coleta seletiva de resíduos sólidos, em desacordo com o artigo 19, incisos XIV e XV, da Lei Federal nº 12.305, de 2 de agosto de 2010.

A Prefeitura foi avaliada com nota “C” na dimensão Cidades Protegidas (i-Cidade), revelando estagnação em baixo nível de efetividade nos quatro exercícios avaliados.

As políticas públicas de Tecnologia da Informação (i-Gov TI) restaram classificadas com a nota “B”, indicando efetividade, sem anotações pela Auditoria.

À vista de todo o panorama encontrado e das justificativas ofertadas pelo responsável, entendo que os desacertos constatados não possuem gravidade suficiente para macular as contas, e devem integrar o campo das recomendações dirigidas à Administração, para o fim de diagnosticar cada situação e tomar as medidas preventivas e sanadoras, com foco na prestação de serviços públicos cada vez mais efetivos, eficientes e eficazes.

Ante o exposto, acolho as manifestações favoráveis do DIPE e VOTO pela emissão de PARECER FAVORÁVEL, com recomendações, sobre as Contas da Prefeitura Municipal de Igarapava, relativas ao exercício de 2023, excetuados os atos pendentes de apreciação por este Tribunal.

Considero relevantes expedir as seguintes recomendações à Prefeitura:

- observar os limites definidos nas peças orçamentárias para a abertura de créditos adicionais suplementares por meio de decreto municipal.
- estabelecer, nas peças orçamentárias, indicadores mensuráveis e coerentes com as metas físico-financeiras.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

- realizar o monitoramento da execução e atingimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Educação, conforme o previsto em seu art. 5°.
- diminuir a demanda reprimida de 201 vagas em creches.
- editar programa de coleta seletiva de resíduos sólidos, consoante o estabelecido no artigo 19, incisos XIV e XV, da Lei Federal nº 12.305, de 2 de agosto de 2010.

É o meu voto.

São Paulo, 4 de novembro de 2025

WAGNER DE CAMPOS ROSÁRIO
CONSELHEIRO

PA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: WAGNER DE CAMPOS ROSARIO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YU-HWC5-7LET-8CP3

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
PRIMEIRA CÂMARA
SECRETARIA-DIRETORIA GERAL - SDG-1 - TAQUIGRAFIA
(11) 3292-3251 - sdg1@tce.sp.gov.br

NOTAS TAQUIGRÁFICAS

PROCESSO:	**00004402.989.23-0**
ÓRGÃO:	▪ PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA (CNPJ 45.324.290/0001-67)
INTERESSADO(A):	▪ JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR (CPF ***.070.128-**) ▪ **ADVOGADO:** FERNANDO LEME SANCHES (OAB/SP 272.879)
ASSUNTO:	Contas de Prefeitura - Exercício de 2023
EXERCÍCIO:	2023
INSTRUÇÃO POR:	UR-17
PROCESSO(S) DEPENDENTES(S):	00008955.989.23-1

RELATOR - CONSELHEIRO WAGNER DE CAMPOS ROSARIO

Não houve discussão. O relatório e voto correspondem ao inteiro teor das notas taquigráficas referentes à 32ª sessão ordinária da Primeira Câmara do dia 04 de novembro de 2025.

SDG-1, 7 de novembro de 2025

Eric Filipe Soares Fernandes
Técnico de Controle Externo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ERIC FILIPE SOARES FERNANDES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4WM-CBT7-6YHJ-8TRE

TC-004402.989.23-0
Municipal

DECISÃO DA PRIMEIRA CÂMARA

DATA DA SESSÃO – 04-11-2025

Pelo voto dos Conselheiros Wagner de Campos Rosário, Relator, e Dimas Ramalho, Presidente, e do Conselheiro Substituto - Auditor Márcio Martins de Camargo, a E. Câmara decidiu pela emissão de parecer favorável, com recomendações, sobre as contas da Prefeitura Municipal de Igarapava, relativas ao exercício de 2023, excetuados os atos pendentes de apreciação por este Tribunal, expedindo-se recomendações à Prefeitura, discriminadas no voto do Relator, inserido aos autos.

PROCURADOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE CONTAS CELSO AUGUSTO MATUCK FERES JÚNIOR

PREFEITURA MUNICIPAL: IGARAPAVA
EXERCÍCIO: 2023

- Nota de decisão, Relatório e voto (ou notas taquigráficas) juntados pela SDG-1.
- Ao Cartório do Relator para:
  - redação do parecer.
  - publicação do parecer.
- À Fiscalização competente para:
  - os devidos fins, encaminhando cópia em mídia digital do processo, acompanhada de Ofício, à Câmara Municipal.

SDG-1, em 07 de novembro de 2025

GERMANO FRAGA LIMA
SECRETÁRIO-DIRETOR GERAL

SDG-1/MDSDSM

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: GERMANO FRAGA LIMA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-D4YQ-NGRZ-7SYZ-49UX

EXMO. SR. CONSELHEIRO DO E. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, DR. WAGNER DE CAMPOS ROSARIO.

Processo: TC – 4402/989/23-0

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, Ex-Prefeito do Município de Igarapava, por seu advogado que a presente subscreve, vem, respeitosamente à presença Vossa Excelência, para informar o quanto segue:

Conforme despacho disponibilizado no Diário Oficial do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, o presente feito foi incluído na pauta de julgamento da 32ª Sessão Ordinária da Primeira Câmara, a realizar-se no dia 04 de novembro de 2025, às 14:00 horas.

Em momento oportuno, foi protocolado por este subscritor o pedido de retirada de pauta de julgamento por duas sessões, para que houvesse tempo hábil para análise da necessidade de articulação e possível apresentação de sustentação oral, bem como, eventual complementação de informações através de memoriais.

Ocorre que, em detida análise da instrução destes autos, verificamos que as informações e documentos necessários foram devidamente encaminhados, por meio da defesa apresentada, acostada ao evento 113.1 e seguintes.

Deste modo, desistimos do requerimento de retirada de pauta, bem como, declinamos de apresentação de memoriais e realização de sustentação oral.

No mais, nos colocamos à disposição de Vossa Excelência, renovando, na oportunidade, protestos de elevada estima e distinta consideração.

Igarapava, 31 de outubro de 2025.

FERNANDO LEME SANCHES
OAB/SP Nº 272.879

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-CMWK-96PF-7BR2-HLJS

EXMO. SR. CONSELHEIRO DO E. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, DR. WAGNER DE CAMPOS ROSARIO.

Processo: TC – 4402/989/23-0

URGENTE - RETIRADA DE PAUTA POR DUAS SESSÕES

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, Ex-Prefeito do Município de Igarapava, por seu advogado que a presente subscreve, vem, respeitosamente à presença Vossa Excelência, para requerer o quanto segue:

Conforme despacho disponibilizado no Diário Oficial do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, o presente feito foi incluído na pauta de julgamento da 32ª Sessão Ordinária da Primeira Câmara, a realizar-se no dia 04 de novembro de 2025, às 14:00 horas.

Contudo, tendo em vista a necessidade de articulação e possível apresentação de SUSTENTAÇÃO ORAL, bem como, eventualmente, inclusive a necessidade de complementação de informações através de MEMORIAIS, tudo a ser realizado nos termos regulamentares ditados por essa E. Corte de Contas, o que entendemos de extrema importância para uma melhor análise do feito, é a presente para requerer de Vossa Excelência, respeitosamente, a **RETIRADA DO PROCESSO DA PAUTA DE JULGAMENTO POR DUAS SESSÕES**, para que seja possível a realização de cuidadoso estudo do feito previamente à elaboração dos argumentos a serem utilizados, homenageando, assim, o contraditório e ampla defesa.

No mais, coloca-se à disposição de Vossa Excelência, renovando, na oportunidade, protestos de elevada estima e distinta consideração.

Termos em que,
Pede deferimento.

Igarapava, 30 de outubro de 2025.

FERNANDO LEME SANCHES
OAB/SP Nº 272.879

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-CF5L-6I4B-7PKE-4X2K

Processo nº:	TC-4402.989.23-0
Prefeitura Municipal:	Igarapava
Prefeito (a):	José Ricardo Rodrigues Mattar
População estimada[1]:	26.212 habitantes
Porte do Município[2]:	Médio
Receita Corrente Líquida (RCL)[3]:	R$ 140.553.403,59
Exercício:	2023
Matéria:	Contas Anuais

Em exame, nos termos do art. 71, I, c/c art. 31, §1º, ambos da Constituição Federal, art. 33, XIII, da Constituição Estadual, e art. 2º, II, da Lei Complementar Estadual n° 709/1993, prestação das contas municipais em epígrafe.

A partir das informações obtidas no curso do processo, consideram-se os resultados contidos no quadro abaixo:

SÍNTESE DO APURADO APÓS CONCLUÍDA A INSTRUÇÃO PROCESSUAL	
CONTROLE INTERNO	Regular
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Resultado no exercício	-5,81%
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Percentual de investimentos	5,48%
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTÁ AMPARADO EM SUPERÁVIT FINANCEIRO ANTERIOR?	Sim
DÍVIDA DE CURTO PRAZO	Favorável
DÍVIDA DE LONGO PRAZO	Favorável
PRECATÓRIOS – Foi suficiente o pagamento/depósito de precatórios judiciais?	Sim
PRECATÓRIOS – Foi suficiente o pagamento de requisitórios de baixa monta?	Sim
ENCARGOS – Efetuados os recolhimentos ao Regime Geral de Previdência Social (INSS)?	Sim
ENCARGOS – Efetuados os recolhimentos ao Regime Próprio de Previdência Social?	Sim
ENCARGOS – Está cumprindo parcelamentos de débitos de encargos?	Sim
TRANSFERÊNCIAS AO LEGISLATIVO – Os repasses atenderam ao limite constitucional?	Sim
LRF – Despesa de pessoal em dezembro do exercício em exame	41,38%
LRF – Atendido o art. 21, I, da LRF?	Sim
ENSINO – Aplicação na Educação – artigo 212 da CF (Limite mínimo de 25%)	32,46%
ENSINO – Recursos do Fundeb aplicados no exercício (limite mínimo de 90%)	100%

[1] Evento 62.65, fl. 02.
[2] Conforme critérios de uso interno definidos pelo TCESP.
[3] Evento 62.65, fl. 02.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOAO PAULO GIORDANO FONTES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-ARYT-FAP3-736D-4VFE

ENSINO – Se diferida, a parcela residual (de até 10%) foi aplicada até 30/04 do exercício subsequente?	Não se aplica
ENSINO – Fundeb aplicado na remuneração dos profissionais da educação básica (limite mínimo de 70%)	93,38%
ENSINO – Complementação da União VAAT ao Fundeb aplicada em despesas de capital no percentual mínimo de 15%?	Não se aplica
ENSINO – Complementação da União VAAT ao Fundeb aplicado em educação infantil conforme Indicador para Educação Infantil (IEI)?	Não se aplica
SAÚDE – Aplicação na Saúde (Limite mínimo de 15%)	26,34%

Preliminarmente, ressalta-se que as contas desta Municipalidade foram objeto de Acompanhamento Semestral ao longo do exercício, seguindo o determinado nos subitens 1.3.2 e 4.5.2 da Ordem de Serviço SDG 01/2022[4], cujas ocorrências de fiscalização foram anotadas no evento nº 37.14, objetivando oportunizar à Administração a prevenção e correção dos rumos das ações que se apresentassem com tendências ao descumprimento dos objetivos estabelecidos, dentro do próprio período.

Observada a adequação da instrução processual, respeitadas as garantias constitucionais do contraditório e da ampla defesa, o Ministério Público de Contas, a despeito das conclusões do Departamento de Instrução Processual Especializada (evento 137), opina pelo prosseguimento do feito, com emissão de **PARECER PRÉVIO DESFAVORÁVEL**, com recomendações, uma vez que as contas de governo não se apresentaram dentro dos parâmetros legais e dos padrões esperados.

[4] 1.3.2. Acompanhamento Quadrimestral ou Semestral de Prefeituras Municipais – fiscalização quadrimestral ou semestral do exercício em curso, observando-se os modelos de relatórios pertinentes, abrangendo itens específicos predeterminados (obrigatórios) e outros eventualmente escolhidos pela Fiscalização (elegíveis), devendo-se seguir as orientações constantes do item 4.5 desta Ordem de Serviço.
4.5.2 Assim, a fiscalização seguirá os seguintes padrões:
4.5.2.1 As prefeituras classificadas na faixa de risco "Crítico" serão fiscalizadas quadrimestralmente, sendo a fiscalização do 1º quadrimestre e a do fechamento do exercício realizadas de forma híbrida, e a do 2º quadrimestre, preferencialmente, de forma remota.
4.5.2.2 As prefeituras classificadas na faixa de risco "Alto" serão fiscalizadas semestralmente, sendo a fiscalização do 1º semestre realizada, preferencialmente, de forma remota e a do fechamento do exercício realizada de forma híbrida.
4.5.2.3 As prefeituras classificadas na faixa de risco "Moderado" serão fiscalizadas anualmente, na modalidade ordinária e de forma híbrida.
4.5.2.4 As prefeituras classificadas na faixa de risco "Baixo" serão fiscalizadas anualmente, na modalidade ordinária e de forma remota.
4.5.2.5 As prefeituras classificadas na faixa de risco "Muito Baixo" serão fiscalizadas anualmente, na modalidade de validação e de forma remota.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOAO PAULO GIORDANO FONTES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-ARYT-FAP3-736D-4VFE

Isso porque a gestão 2023 do Município de Igarapava apresentou falhas significativas que comprometeram a qualidade dos serviços públicos, sendo certo que o conjunto da governança municipal reclama avaliação sistêmica e íntegra.

O controle externo, sob a égide do art. 70, *caput*, da Constituição Federal, deve se fiscalizar o alcance de resultados e os custos verificados na sua consecução, *"a efetiva entrega de bens e serviços à sociedade"* (art. 165, §10, da CF). Tal enfoque qualitativo-finalístico prioriza o monitoramento do desempenho na condução dos processos e no alcance dos resultados apresentados pelo Poder Público, sem que haja qualquer prejuízo para a aferição dos parâmetros patrimoniais, contábeis, orçamentários e financeiros.

Assim, conforme a avaliação efetuada no âmbito do IEG-M, verifica-se que o Município se manteve na faixa "C", ocupada por ele em todo o quadriênio 2020/2023.

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
IEG-M	C	C	C	C
i-Planejamento	C+	C	C	C
i-Fiscal	C	B	B	C+
i-Educ	C	C	C	C
i-Saúde	B	C+	C+	B
i-Amb	C	C	C+	C
i-Cidade	C	C	C	C
i-Gov-TI	C	C	C	B

Deve-se frisar que o baixo desempenho operacional aferido pelo IEG-M, além de ter sido uma das causas a fundamentar o parecer desfavorável emitido por esta e. Corte sobre os demonstrativos da Prefeitura, referentes ao exercício **2022** (TC- 4137.989.22-4), já foi objeto de recomendações por ocasião do exame das contas de e **2021** (TC-7090.989.20), **2020** (TC-3107.989.20) e **2019** (TC-4759.989.19).

E não se olvide, além disso, de que se trata do sétimo ano de mandato do responsável pelos demonstrativos, que a despeito do longo período à frente da Prefeitura Municipal, não obteve êxito em garantir a qualidade das políticas públicas locais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOAO PAULO GIORDANO FONTES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-ARYT-FAP3-736D-4VFE

Em um contexto tão estagnado em baixo patamar de desempenho, a emissão de parecer favorável operaria como premiação da desídia gerencial. Não é pedagógico laurear uma gestão que apresenta reincidente baixo índice de efetividade, como o observado no presente caso, porque tende a desprestigiar os gestores que se empenharam mais e alcançaram índices de efetividade superiores, podendo tal proceder gerar indesejável desestímulo à busca de melhores resultados.

Assim, a persistência em resultados qualitativos insatisfatórios, conforme orientações do Ministério Público de Contas - MPC/SP nº 02.17[5], justifica a emissão de um parecer desfavorável.

Nesse mesmo sentido, também a jurisprudência deste E. Tribunal de Contas, cabendo trazer trecho da decisão acerca dos demonstrativos do Município referentes ao exercício 2022, no qual o baixo desempenho Municipal na avaliação qualitativa da gestão realizada no âmbito do IEG-M ensejou a emissão de parecer desfavorável:

> ***2.4*** *A par desses desfavoráveis aspectos, na avaliação da gestão, efetuada por meio do Índice de Efetividade da Gestão Municipal – IEG-M, Igarapava obteve, pelo quarto ano consecutivo, o* ***conceito geral C****, a menor faixa de desempenho instituída pelo índice, a demonstrar o persistente afastamento do Município em relação aos padrões que qualificam os aspectos abordados pelo instrumento:*
>
> | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
> |---|---|---|---|---|---|---|
> | IEG-M: | C ↓ | C+ ↑ | C ↓ | C ↑ | C ↓ | C ↑ |
>
> *[...]*
>
> *Do exposto, verifica-se que o Município obteve, em praticamente todos os itens avaliados pelo IEG-M, o conceito C (baixo nível de adequação), último patamar de qualificação, a revelar o afastamento do Município em relação aos padrões que qualificam grande parte dos aspectos abordados, além da inobservância às determinações e orientações promovidas por esta Casa em pareceres anteriores.* (TCE/SP, Segunda Câmara, TC 4137.989.22-4, Rel. Cons. Sidney Estanislau Beraldo, j. 26.11.2024. Pendente de avaliação Pedido de Reexame TC-6042.989.25-1) (destaques conforme o original).

Avaliando os indicadores que compõem o índice, dá-se destaque a manutenção do **i-Planejamento** no mais baixo patamar de desempenho há três exercícios consecutivos (conceito "*C - Baixo nível de adequação*"). Impende frisar que as medidas de planejamento não se voltam para si mesmas, mas constituem o substrato para uma adequada formulação das políticas públicas finalísticas. Desse modo, a falta de planejamento adequado propicia a

[5] OI-MPC/SP nº 02.17: É causa suficiente para emissão de parecer desfavorável a baixa efetividade dos gastos públicos aferida pelo Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IEG-M).
Disponível em: https://www.mpc.sp.gov.br/orientacoes-interpretativas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOAO PAULO GIORDANO FONTES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-ARYT-FAP3-736D-4VFE

reprodução viciosa do ciclo de incorreções e, por conseguinte, impõe um crônico e espraiado déficit de efetividade das políticas públicas municipais.

Dentre as falhas verificadas, destaca-se a adoção de metas e indicadores imprecisos ou de baixa relevância na elaboração do PPA, muitos expressos apenas em percentuais sem conexão efetiva com resultados concretos, desnaturando a função do instrumento de planejamento, que deveria orientar de forma clara e mensurável a alocação de recursos e a avaliação de políticas públicas. Ainda, a omissão quanto à elaboração do relatório anual de avaliação dos programas reforça esse quadro, ao inviabilizar o monitoramento e a transparência dos resultados, em desacordo com as exigências legais e com os princípios da eficiência e da publicidade que regem a administração pública (art. 37, *caput*, CF/88).

Ademais, a previsão de receitas e despesas em descompasso com a realidade fiscal do Município resultou em excessivas alterações na peça orçamentária, que chegaram a 32,04% da despesa inicialmente prevista. Trata-se de percentual desarrazoado, por ser muito superior à inflação oficial registrada no período (de 4,62% IPCA/IBGE). Aludida disparidade, de natureza reincidente[6], reforça a deficiência dos métodos de planejamento adotados pela Administração, o que demonstra precária planificação municipal, e descumprimento dos Comunicados SDG 32/2015[7] e SDG 29/2010[8].

Sobre o tema, colaciona-se o posicionamento deste Ministério Público de Contas, materializado na Orientação Interpretativa MPC/SP nº 02.01:

> *OI-MPC/SP nº 02.01: Concorre para emissão de parecer desfavorável as alarmantes alterações orçamentárias realizadas no exercício, na medida em que sinalizam dissonância entre as principais peças do orçamento, evidenciando planejamento precário ou desapego ao que foi programado, em violação ao princípio básico da responsabilidade fiscal.*

Lembre-se que um planejamento adequado deve assegurar a correta alocação dos recursos e a integração das políticas setoriais, orientando a ação da Administração de forma estratégica. Assim, para que se garanta uma gestão responsável e eficiente, conforme

[6] TCs 4759.989.19-7, 7090.989.20-3 e 4137.989.22-4.
[7] Recomenda a observância de aspectos relevantes na elaboração das leis orçamentárias anuais e demais instrumentos de interesse: (1) "aprimoramento nos procedimentos de previsão de receitas e fixação de despesas na proposta orçamentária, que devem preservar o equilíbrio previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal, de molde a evitar demasiadas modificações durante sua execução, com tem sido reiteradamente apontado por esta Corte;".
[8] Recomenda que limite o redesenho orçamentário a percentual compatível com a inflação esperada para o exercício.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOAO PAULO GIORDANO FONTES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-ARYT-FAP3-736D-4VFE

preconizado pela Lei de Responsabilidade Fiscal (art. 1º, § 1º), deve existir compatibilidade entre o planejamento e a execução orçamentária.

A situação é alarmante também no âmbito da **gestão do ensino municipal**. O desempenho precário do Município, de forma reincidente, no âmbito do i-Educ (conceito "*C - Baixo nível de adequação*"), em todo o quadriênio 2020/2023, revela que o Executivo não tem sido capaz de garantir o padrão mínimo de qualidade conferida a esse importante direito social (art. 206, VII, da CF/88).

Sobre esse aspecto, reprova-se, sobretudo, a manutenção de **déficit de vagas no Ensino Infantil municipal**, com 201 crianças em fila de espera ao final do exercício 2023 (evento 62.65, fl. 26). Trata-se de número inclusive maior que aquele verificado no exercício anterior, em que havia 103 crianças esperando por vaga (TC-4137.989.22). Essa insuficiência caracteriza uma oferta irregular de ensino e, consequentemente, enseja responsabilidade da autoridade competente, conforme disposto no art. 208, §2º, da Constituição Federal[9].

A jurisprudência consolidada do Supremo Tribunal Federal[10] estabelece que o direito à educação para crianças e adolescentes de 0 a 17 anos é um direito subjetivo público, plenamente exigível perante o Poder Judiciário. Essa interpretação deriva de uma análise sistemática e integradora dos incisos I e IV, e do §1º do art. 208 da Constituição Federal. O não atendimento de crianças nos estabelecimentos de ensino configura omissão administrativa, violando um direito social assegurado pela Constituição (art. 6º, 205 e 208, IV, e §§1º e 2º), bem como pela legislação correlata (art. 4º, I, da Lei nº 9.394/1996, art. 54. IV, da Lei nº 8.069/1990).

Diante da gravidade, a irregularidade também foi uma das causas a ensejar a emissão de parecer desfavorável sobre os demonstrativos do Município referentes ao exercício 2022:

> ***2.5*** *<u>O déficit de vagas no Ensino Infantil corrobora ainda mais o resultado desfavorável das contas em análise</u>. A Fiscalização apontou para uma deficiência de 103 vagas na educação infantil – creche, correspondente a 61 vagas não atendidas para Berçário, 34 para Maternal I e 08 para Maternal II (evento 70.71, fls. 18).*
>
> *Em sua defesa, a Diretoria de Educação informou que posui uma fila de espera para a idade de 06 (seis) meses até 03 (três) anos e que as solicitações para vagas são realizadas junto*

[9] § 2º O não-oferecimento do ensino obrigatório pelo Poder Público, ou sua oferta irregular, importa responsabilidade da autoridade competente.
[10] STF, ARE 639337 AgR, Rel Min. CELSO DE MELLO, Segunda Turma, Julgado em 23/08/2011, DJe-177, DIVULG 14-09-2011, PUBLIC 15-09-2011, EMENT VOL-02587-01, PP-00125.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOAO PAULO GIORDANO FONTES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-ARYT-FAP3-736D-4VFE

ao Departamento que possui controle dos pedidos. Informou ainda a existência de uma creche em início de construção, que atenderá integralmente à demanda.

A esse respeito, não há como minimizar a gravidade da situação, tendo em vista que o acesso incondicionado à educação infantil, mediante a admissão de crianças de zero a cinco anos em creches e pré-escolas, constitui um dever fundamental atribuído ao Poder Público por força do artigo 208, IV, da Constituição Federal.

[...]

Sendo assim, a ineficácia das políticas públicas, incluída a demanda reprimida de vagas no ensino infantil, e a insuficiente aplicação de recursos no ensino (24,79%) não possibilitam um julgamento favorável dos demonstrativos apresentados. (TCE/SP, Segunda Câmara, TC 4137.989.22-4, Rel. Cons. Sidney Estanislau Beraldo, j. 26.11.204. Pendente de avaliação Pedido de Reexame TC-6042.989.25-1) (destaques acrescidos).

Não se pode deixar de mencionar, ademais, o reiterado descumprimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Educação (PME), aliado à ausência de mecanismos eficazes de monitoramento, evidenciando falhas de planejamento e execução das políticas educacionais locais. Resultado disso, tem-se o baixo desempenho no IDEB nos dois últimos ciclos avaliativos, demonstrando a ineficiência das ações implementadas.

A situação se agrava diante das deficiências estruturais identificadas em vistorias realizadas em duas unidades escolares, nas quais foram constatadas infiltrações, instalações sanitárias inadequadas, ausência de manutenção em parques infantis, espaços administrativos improvisados, muros baixos e falta de equipamentos de segurança. Soma-se a isso a ausência do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) em todas as escolas municipais, circunstância que revela falha grave na observância às normas de segurança predial. Ressalte-se que o AVCB, longe de constituir mera formalidade documental, representa garantia mínima de proteção à integridade física da comunidade escolar.

Tais condições comprometem o ambiente de ensino, afetando negativamente o processo de aprendizagem, e afrontam o padrão mínimo de qualidade previsto no art. 206, inciso VII, da Constituição Federal, o qual exige que a educação seja prestada com base na garantia de infraestrutura adequada e segurança para os seus beneficiários.

No que tange à Execução das Políticas Públicas de Infraestrutura (**i-Cidade**) e Ambientais (**i-Amb**), o panorama não foi diferente, demonstrando um cenário de estagnação nos últimos patamares de efetividade. Tal situação reflete o entendimento de que não houve entrega de resultados qualitativos, condizentes com as necessárias políticas públicas municipais.

No mais, novamente foram observadas irregularidades relacionadas ao pagamento dos **aportes financeiros devidos ao Previgarapava** para equacionamento do déficit atuarial.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOAO PAULO GIORDANO FONTES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-ARYT-FAP3-736D-4VFE

Sobre este ponto, a instrução verificou que, do montante total de R$ 7.233.403,53 devido em 2023, apenas R$ 2.480.755,42 foi efetivamente quitado, resultando em saldo de R$ 4.752.648,11 ao final do exercício. O quadro é agravado diante da sua recorrência, haja vista que desde o exercício 2020 o Município vem deixando de destinar a totalidade de recursos ao RPPS, firmando sucessivos acordos de parcelamento (evento 62.65, fls. 41/43).

Nada obstante as justificativas apresentadas, baseadas no envio de novo projeto de lei para parcelamento, na suposta necessidade de realocação de recursos para demandas emergenciais e na alegação de que a situação estaria regularizada a partir de 2024 (evento 113.1, fls. 18/19), tais argumentos não se mostram suficientes para afastar a gravidade da conduta. Ao contrário, evidenciam um modelo de gestão que naturaliza o inadimplemento das obrigações previdenciárias e transfere, reiteradamente, a resolução de um passivo estrutural para exercícios futuros. Tal prática compromete o equilíbrio financeiro do regime próprio de previdência local, fragiliza a confiança institucional no sistema previdenciário e afronta diretamente os arts. 40 da Constituição Federal, 69 da Lei de Responsabilidade Fiscal e 1º da Lei nº 9.717/1998.

Ante o exposto, o Ministério Público de Contas opina pela emissão de **PARECER PRÉVIO DESFAVORÁVEL**, notadamente, pelos seguintes motivos:

1. **IEG-M** – desempenho insatisfatório da gestão das políticas públicas municipais aferido pelo IEGM evidenciado pela nota *"C – Baixo nível de adequação"* na avaliação global, situação que se repetiu nos exercícios anteriores (REINCIDÊNCIA);
2. **Itens B.1 e C.1.1** – deficiente planejamento das políticas públicas e consequente manutenção do indicador no patamar "C"; elevado percentual de alterações orçamentárias, correspondente a 32,04% da despesa inicialmente fixada, em desacordo com as orientações deste Tribunal (Comunicados SDG nº 29/2010 e nº 32/2015) (REINCIDÊNCIA);
3. **Item B.3 –** desatendimento aos parâmetros de qualidade operacional do ensino, contribuindo para a estagnação do índice setorial no último patamar no âmbito do IEG--M (conceito C); diversos problemas estruturais nas unidades; demanda reprimida de vagas para creche;
4. **Item C.1.7.3.1** – insuficiente direcionamento de recursos para o equacionamento do déficit atuarial do Regime Próprio de Previdência.

Ademais, o responsável deve adotar providências necessárias ao exato cumprimento da lei (art. 71, IX, da Constituição Federal e art. 33, X, da Constituição Estadual) e aprimorar a gestão nos seguintes pontos:

1. **Item A.4 –** corrija a totalidade das impropriedades verificadas nas inspeções ordenadas realizadas no período;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOAO PAULO GIORDANO FONTES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-ARYT-FAP3-736D-4VFE

2. **Itens B.1, B.2, B.3, B.5, B.6 e F.1 –** corrija as diversas impropriedades apontadas pelo IEG-M, conferindo maior efetividade aos serviços prestados à população e visando alcançar as metas propostas pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da ONU;
3. **Item C.1.5.1** – registre corretamente no Balanço Patrimonial os débitos judiciais e os saldos financeiros existentes nas contas bancárias junto ao Tribunal de Justiça, assegurando a fidedignidade das demonstrações financeiras, em observância aos princípios da transparência fiscal (art. 1º, § 1º, da LRF) e da evidenciação contábil (art. 85 da Lei nº 4.320/64);
4. **Item C.1.6** – promover a correta contabilização dos depósitos judiciais do fundo garantidor-TJSP, em conformidade com a Lei Municipal nº 836/2019, com o Item 30 da IPC nº 15/STN e com o Comunicado SDG nº 29/2021, de modo a assegurar a transparência fiscal e a adequada evidenciação contábil;
5. **Item C.1.7.3** – adote providências efetivas para sanar as pendências do RPPS, de modo a viabilizar a emissão do Certificado de Regularidade Previdenciária, assegurando a conformidade legal e a sustentabilidade do regime;
6. **Item C.1.7.3.2** – registre corretamente no Balanço Patrimonial as obrigações previdenciárias junto ao RPPS, de modo a eliminar divergências entre os registros, assegurar a fidedignidade das demonstrações contábeis e atender às recomendações já expedidas por esta Corte;
7. **Item C.2.1** – realize a higienização do estoque da dívida ativa, com a segregação dos créditos irrecuperáveis, bem como adote mecanismos de cobrança extrajudicial, tais como protesto de CDA, conciliação, CADIN e inclusão em serviços de proteção ao crédito, de modo a fortalecer a recuperação da receita municipal;
8. **Item D.1.2** – adeque-se às condicionalidades para habilitação à complementação VAAR (art. 14 da Lei nº 14.113/2020);
9. **Item D.2.2** – corrija as fragilidades constatadas na Atenção Básica, especialmente quanto ao cumprimento das metas do Plano Municipal de Saúde e à adequação da cobertura das equipes de Saúde da Família, com número suficiente de Agentes Comunitários de Saúde e observância dos parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde;
10. **Item D.2.3** – regularize a situação das Unidades de Saúde que não possuem Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), assegurando condições adequadas de segurança e atendimento à legislação vigente;
11. **Item E.2** – alimente o Sistema AUDESP com dados fidedignos;
12. **Item F.2** – cumpra as recomendações exaradas pelo Tribunal de Contas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOAO PAULO GIORDANO FONTES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-ARYT-FAP3-736D-4VFE

Oportuno que tais recomendações, expedidas com fulcro no art. 24, §3º[11], c/c art. 23, §4°, parte final, da Lei Complementar Estadual nº 709/1993[12], sejam incluídas pela SDG no cadastro específico previsto no art. 212, inc. II, alínea 'r', do Regimento Interno desse Tribunal de Contas[13], para fins de **monitoramento**.

São Paulo, 09 de outubro de 2025.

JOÃO PAULO GIORDANO FONTES
Procurador do Ministério Público de Contas

/24

[11] LCE 709/1993, art. 24. O Tribunal de Contas emitirá parecer, até o último dia do ano seguinte ao do seu recebimento, sobre a prestação anual de contas da administração financeira dos Municípios.
§3º. o parecer de que trata este artigo atenderá ao disposto no § 4º do artigo anterior.
[12] LCE 709/1993, art. 23. O Tribunal de Contas emitirá parecer prévio, no prazo fixado pela Constituição, sobre as contas que o Governador do Estado apresentar, anualmente, a Assembleia Legislativa.
§4°. O parecer de que trata este artigo consistirá em uma apreciação geral e fundamentada sobre o exercício financeiro e a execução do orçamento, indicando, se for o caso, as irregularidades, as parcelas impugnadas, as ressalvas e as recomendações. (destaques do MPC)
[13] RITCESP, art. 212. Ao Secretário-Diretor Geral compete:
II - como Diretor Geral:
r) manter cadastro específico das sanções pecuniárias aplicadas aos administradores e das recomendações, que impliquem obrigação de fazer, dirigidas à Administração.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOAO PAULO GIORDANO FONTES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-ARYT-FAP3-736D-4VFE

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE INSTRUÇÃO PROCESSUAL ESPECIALIZADA
(11) 3292-3249 - dipe@tce.sp.gov.br

Encaminho os autos conforme manifestação da Assessora Procuradora-Chefe.

São Paulo, 12 de Agosto de 2025.

JOAO ANTONIO RAMALHO JUNIOR

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JOAO ANTONIO RAMALHO JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-5XZW-L9KF-6RL1-5IP8

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE INSTRUÇÃO PROCESSUAL ESPECIALIZADA
(11) 3292-3249 - dipe@tce.sp.gov.br

PROCESSO:	**00004402.989.23-0**
ÓRGÃO:	▪ PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA (CNPJ 45.324.290/0001-67)
INTERESSADO(A):	▪ JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR (CPF ***.070.128-**) ▪ **ADVOGADO:** FERNANDO LEME SANCHES (OAB/SP 272.879)
ASSUNTO:	Contas de Prefeitura - Exercício de 2023
EXERCÍCIO:	2023
INSTRUÇÃO POR:	UR-17
PROCESSO(S) DEPENDENTES(S):	00008955.989.23-1

Visto.

De acordo com os pareceres técnicos.

DIPE, 11 agosto de 2025

Camila Reis Santana

DIPE-DIR

Na ausência eventual da Assessora Procuradora Chefe

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: CAMILA REIS SANTANA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-5WGE-5Y8V-5UVI-F7BY

DIPE
Departamento de Instrução Processual Especializada

ÓRGÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ASSUNTO: CONTAS ANUAIS
EXERCÍCIO: 2023
RESPONSÁVEL: SR. JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
PERÍODO: 01/01/2023 a 31/12/2023

SENHORA ASSESSORA PROCURADORA-CHEFE,

Tramitam os autos por esta Assessoria para manifestação acerca da documentação encartada, decorrente da Notificação expedida pela Exma. Sra. Conselheira Relatora, nos termos do artigo 2º da Lei Complementar 709/93 c.c. o artigo 194, do Regimento Interno deste Tribunal (Evento 65.1).

Fiscalização de UR-17 em seu bem elaborado relatório (Evento 56.188) apontou irregularidades, quer de caráter formal, ou mesmo de infringência a normas legais.

De plano, registramos a síntese de percentuais apurados pelos Órgãos instrutivos durante inspeção ¨in loco¨, a saber:

ITENS	
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Percentual de investimentos	5,48%
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTÁ AMPARADO EM SUPERÁVIT FINANCEIRO ANTERIOR?	Sim
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA FEZ SURGIR DÉFICIT FINANCEIRO?	Não
DÍVIDA DE CURTO PRAZO	Favorável
DÍVIDA DE LONGO PRAZO	Favorável
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento/depósito de precatórios judiciais?	Sim
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento de requisitórios de baixa monta?	Sim

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Geral de Previdência Social (INSS)?	Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Próprio de Previdência Social?	Sim
ENCARGOS – Está cumprindo parcelamentos de débitos de encargos?	Sim
RPPS – Relação da situação do RPPS com as contas do Ente	Desfavorável
TRANSFERÊNCIAS AO LEGISLATIVO - Os repasses atenderam ao limite constitucional?	Sim
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Despesa de pessoal em dezembro do exercício em exame	41,38%
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Atendido o artigo 21, I, da LRF?	Sim
ENSINO - Aplicação na Educação - artigo 212 da Constituição Federal-CF (mínimo 25%)	32,46%
ENSINO - Fundeb[1] aplicado na remuneração dos profissionais da educação básica (mínimo 70%)	93,38%
ENSINO - Recursos do Fundeb aplicados no exercício (mínimo 90%)	100,00%
ENSINO – Fundeb: Se diferida, a parcela residual do montante recebido no exercício examinado (até 10%) foi aplicada até 30/04 do exercício seguinte?	Prejudicado
ENSINO – Fundeb: Complementação União VAAT Despesa Capital (mínimo 15%)	Prejudicado
ENSINO – Fundeb: Complementação União VAAT – Aplicado no mínimo o Indicador para Educação Infantil (IEI)?	Prejudicado
SAÚDE - Aplicação na Saúde (mínimo 15%)	26,34%

Como se depreende do Quadro acima foi atendido o que determina o artigo 212, da Constituição Federal (aplicação mínima de 25% da receita resultante de Impostos no Ensino), bem como ao inciso XII, do artigo 60 das Disposições Constitucionais Transitórias e artigo 26, da Lei 14.113/2020 (aplicação mínima de 70% do FUNDEB na remuneração dos profissionais do Magistério), bem como, 99,99% desses repasses no próprio exercício.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

De igual modo, as Despesas com Pessoal atenderam o que determina a Lei de Responsabilidade Fiscal (54%), uma vez que corresponderam a 41,38% de sua Receita Corrente Líquida.

Quanto às irregularidades apuradas pela Fiscalização de UR- 17 e, sob os aspectos de nossa alçada, temos a destacar:

DENÚNCIAS/REPRESENTAÇÕES/EXPEDIENTES

01	Número:	TC-016171.989.23
	Interessado:	MINISTERIO PUBLICO DE CONTAS DO ESTADO DE SAO PAULO - MPC
	Objeto:	Encaminhamento de Expediente com denúncias de supostas irregularidades no âmbito da Prefeitura Municipal de Igarapava, referentes à área da educação.
	Procedência:	Parcialmente

02	Número:	TC-017841.989.23
	Interessado:	MINISTERIO PUBLICO DE CONTAS DO ESTADO DE SAO PAULO - MPC
	Objeto:	Encaminhamento de Expediente com representação de suposta irregularidade praticada no âmbito da Prefeitura Municipal de Igarapava.
	Procedência:	Não se aplica

03	Número:	TC-023739.989.23
	Interessado:	MINISTERIO PUBLICO DE CONTAS DO ESTADO DE SAO PAULO - MPC
	Objeto:	Encaminhamento de Expediente com denúncia de supostas irregularidades na prestação de serviços de saúde a cargo da Santa Casa de Igarapava, enquanto conveniada da Prefeitura Municipal de Igarapava.
	Procedência:	Não

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

04	Número:	TC-010890.989.24
	Interessado:	MINISTERIO PUBLICO DE CONTAS DO ESTADO DE SAO PAULO - MPC
	Objeto:	Encaminhamento de Expediente com representação de suposta irregularidade atribuída à Prefeitura Municipal de Igarapava, concernente à obstrução dos trabalhos do Conselho CACS/Fundeb local.
	Procedência:	Sim

. FISCALIZAÇÃO ORDENADA DO PERÍODO

Mês: 04	Tema: Escolas
Fiscalização Ordenada nº	I Fiscalização Ordenada Nacional 2023
TC e evento da juntada	TC-008955.989.23, evento 08.
Irregularidades verificadas na Fiscalização Ordenada:	Irregularidades relacionadas no evento 8.3 do TC-008955.989.23.
Verificações efetuadas em agosto/2024:	Conforme esclarecimentos prestados pela Origem (Doc. 09, deste evento), e visita in loco, alguns apontamentos já foram ou estão sendo regularizados (escola em reforma). Das verificações efetuadas destacamos abaixo as seguintes irregularidades que ainda não foram sanadas: A escola visitada não dispõe de sinalização tátil (piso/paredes); A escola visitada não dispõe de parque infantil; Em alguns bebedouros da escola visitada foram observadas inadequações; Não há AVCB - Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros no prazo de validade na escola visitada – Assunto tratado no Item B.3 deste relatório;
	As portas e janelas das áreas de preparo dos alimentos não possuem telas milimetradas; Os equipamentos mais caros (computadores, notebooks, etc.) não são guardados em salas seguras ou não possuem mecanismos de proteção (cadeados, grades, travas, trancas etc.); A escola visitada não possui botão de pânico ou equipamento equivalente; Os muros da área externa da escola são baixos e não possuem equipamentos de segurança, como concertinas ou cerca elétrica.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

Mês: 08	Tema: Escolas de Tempo Integral
Fiscalização Ordenada nº	IV Fiscalização Ordenada 2023
TC e evento da juntada	TC-008955.989.23, evento 28.
Irregularidades verificadas na Fiscalização Ordenada:	Irregularidades relacionadas no evento 28.3 do TC-008955.989.23.
Verificações efetuadas em agosto/2024:	Conforme esclarecimentos prestados pela Origem (Doc. 10, deste evento) alguns apontamentos já foram ou estão sendo regularizados. Das verificações efetuadas destacamos abaixo as seguintes irregularidades que ainda não foram sanadas: A rede não faz controle e/ou levantamento sobre a quantidade de alunos que migram da escola de tempo integral para a convencional; O Plano de Educação da rede não definiu periodicidade para aferir a evolução do cumprimento da meta 6 do PNE; Não houve avaliação da meta 6 do PNE (Ensino Integral); Não há legislação, decreto, regulamento para a operacionalização da escola em jornada de tempo integral; Não há regulamento que discipline a forma de acesso a escola em jornada de tempo integral; A rede não possui o custo operacional por aluno em escola de tempo parcial;
	A rede não possui o custo operacional por aluno em escola de tempo integral; Não há AVCB - Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros no prazo de validade na escola visitada – Assunto tratado no Item B.3 deste relatório.

PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (i-Plan/IEG-M)

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
i-Planejamento	C+	C	C	C

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Plan demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

- Os percentuais autorizados nas peças orçamentárias da Origem, para abertura de créditos adicionais suplementares, superaram o patamar de inflação da época, em inobservância ao disposto no item 7 do Comunicado SDG nº 13/2017;

- Foram abertos créditos adicionais suplementares por decreto (18,73%) acima dos próprios limites (10%) definidos nas peças orçamentárias;

- Alto índice de alterações orçamentárias no exercício de 2023 (32,04%), demonstrando a precariedade do planejamento orçamentário, pressuposto para a responsabilidade da gestão fiscal (art. 1º, § 1º, da LRF);

- Grande parte das metas e indicadores do planejamento não possuem utilidade, tendo em vista a ausência de capacidade de suportar decisões seja no nível operacional, tático ou estratégico;

- Parte das metas das ações previstas não possuem validade (capacidade de impactar a realidade mensurada pelo indicador) e não permitem monitorar e avaliar a efetividade das ações desenvolvidas no ciclo das políticas públicas (formulação, execução, monitoramento e avaliação);

- Parte das metas constantes no anexo da LDO não condizem com o informado no relatório de atividades, demonstrando a falta de fidedignidade das informações enviadas ao Sistema Audesp;

- O Município deixou de dar efetivo cumprimento ao artigo 165, §1º, da CF;

- O Munícipio não elaborou o relatório anual de avaliação dos programas finalísticos monitorados do PPA prejudicando o monitoramento, avaliação e controle do planejamento municipal.

ADEQUAÇÃO FISCAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (i-Fiscal/IEG-M)

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
i-Fiscal	C	B	B	C+

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Fiscal demonstrou involução, obtendo nota C+ no exercício em exame - em fase de adequação, em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.

- Baixo recebimento da dívida ativa do Município durante o exercício analisado, em relação ao estoque inicial;

- A Prefeitura não implantou o Plano de Cargos e Salários Específico para os Fiscais Tributários, o que compromete a autonomia no desempenho de suas funções, tratada no inciso XVIII, do artigo 37, da Constituição Federal;

- O percentual da despesa corrente do Ente foi de 96,79% em relação a sua receita corrente, superando o limite (95%) do artigo 167-A da Constituição Federal.

. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ENSINO (i-Educ/IEG-M)

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
i-Educ	C	C	C	C

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Educ demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.

- IDEB para os anos iniciais do Ensino Fundamental da rede municipal de ensino abaixo da meta nos últimos dois exercícios avaliados (2021 e 2023), contrariando o estabelecido na meta 7 do seu Plano Municipal de Educação;

- A Prefeitura não realiza o monitoramento da execução e atingimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Educação, em desacordo com o previsto em seu art. 5°;

- Nenhum dos 15 estabelecimentos de ensino da rede pública municipal possuíam Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB vigente no ano de 2023;

- Diversas irregularidades de infraestrutura nas escolas: EMEF Jardel Biguetti Domeneghi e EMEI Maria da Conceição dos santos;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

- Constatada demanda não atendida por vagas em creche, totalizando 201 crianças na lista de espera, em prejuízo ao disposto nos arts. 7º, XXV, e 208, IV, da Constituição Federal, arts. 4º, II, e 11, V, da Lei nº 9.394/1996 e art. 54, IV, da Lei nº 8.069/1990 e recomendação deste Tribunal de Contas;

- Obra de creche tipo 2 (Programa Proinfância), com contrato assinado desde 24/06/2022, e que ficou mais de 18 meses sem ser iniciada;

- Falta de transparência e comunicação entre a Prefeitura e o CACS FUNDEB com emissão de parecer inconclusivo referente a aplicação dos recursos em 2023.

EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SAÚDE (i-Saúde/IEG-M)

Segundo UR-17, não foram constadas ocorrências dignas de nota.

EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS AMBIENTAIS (i-Amb/IEG-M)

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
i-Amb	C	C	C+	C

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Amb demonstrou involução, obtendo nota C no exercício analisado - baixo índice de efetividade, em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas;

- A Prefeitura Municipal não realiza e não regulamentou o sistema de coleta seletiva de resíduos sólidos contrariando o estabelecido no artigo 19, incisos XIV e XV, da Lei Federal nº 12.305, de 2 de agosto de 2010.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE INFRAESTRUTURA (i-Cidade/IEG-M)

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
i-Cidade	C	C	C	C

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Cidade demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas;

- A Prefeitura Municipal não possui Plano de Contingência Municipal de Defesa Civil – PLANCON.

EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (i-Gov TI/IEG-M)

Segundo UR-17, não foram cosntadas ocorrências dignas de nota.

. DEMAIS ASPECTOS SOBRE RECURSOS HUMANOS

Natureza do cargo/emprego	Quant. Total de Vagas		Vagas Providas		Vagas Não Providas	
	Ex. anterior	Ex. em exame	Ex. anterior	Ex. em exame	Ex. anterior	Ex. em exame
Efetivos	1.646	1.678	814	844	832	834
Em comissão	37	37	30	34	7	3
Total	1683	1715	844	878	839	837
Temporários	Ex. anterior		Ex. em exame		Em 31.12 do	Ex. em exame
Nº de contratados	-		8		6	

Fonte: Sistema AUDESP – fase III 2022 e 2023.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

A exemplo do item anterior, Equipe de UR-17 não constatou ocorrências dignas de nota.

A LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO E A LEI DA TRANSPARÊNCIA FISCAL

Face ao previsto na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, sob amostragem, não constatamos ocorrências dignas de nota no período em exame.

FIDEDIGNIDADE DOS DADOS INFORMADOS AO SISTEMA AUDESP

- Divergências entre os dados informados pela origem e aqueles apurados no Sistema Audesp/IEG-M.

ATENDIMENTO À LEI ORGÂNICA, INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO TRIBUNAL DE CONTAS

Exercício	TC	DOE	Data do trânsito em julgado
2019	004759.989.19	02/10/2021	24/11/2021

Recomendações / determinações	Atendida
– Estabeleça limite para a abertura de créditos suplementares, referenciado à inflação esperada para o período.	Não
– Contabilize corretamente as dívidas judiciais e previdenciárias.	Não
– Adote medidas eficazes para melhorar os Índices de Eficiência da Gestão Municipal, considerando, para tanto, os questionários setoriais, as metas previstas no Plano Nacional da Educação e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU.	Não
– Atenda às Instruções e às recomendações deste E. Tribunal.	Não

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

Exercício	TC	DOE	Data do trânsito em julgado	
2018	004418.989.18	02/07/2020	14/08/2020	
Recomendações / determinações				**Atendida**
– Modere o percentual de alterações orçamentárias.				Não
– Solucione as ocorrências relatadas no contexto do i-Fiscal, melhore a recuperação da Dívida Ativa (...).				Não
– Aprimore o desempenho global da gestão e as técnicas de planejamento governamental, (...).				Não
– Corrija desconformidades anotadas pelo i-Educ, traduzindo os recursos públicos investidos em efetiva qualidade dos serviços prestados e equacionando o déficit de vagas em creches.				Não
– Institua providências face às fragilidades do i-Amb, i-Cidade (...).				Não

SÉRIE HISTÓRICA DE CLASSIFICAÇÃO NO ÍNDICE DE EFETIVIDADE DA GESTÃO MUNICIPAL (IEG-M)

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
IEG-M	C	C	C	C
i-Planejamento	C+	C	C	C
i-Fiscal	C	B	B	C+
i-Educ	C	C	C	C
i-Saúde	B	C+	C+	B
i-Amb	C	C	C+	C
i-Cidade	C	C	C	C
i-Gov-TI	C	C	C	B

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

O Setor Técnico pertinente (CAL / Evento 128.1), ao analisar os aspectos de sua alçada, em especial, os IGM- EDUC e SAÚDE, opina, ao final, pela emissão de PARECER FAVORÁVEL às presentes contas..

De igual modo, o Setor Técnico precedente (ECO / Evento 131.1) não viu óbices que pudessem comprometer a boa ordem das contas aqui tratadas.

Nesse contexto, somos S.M.J., pela EMISSÃO DE PARECER PRÉVIOS FAVORÁVEL À APROVAÇÃO DAS CONTAS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, relativas ao exercício de 2023, sem embargo, contudo, das recomendações sugeridas.

É o nosso posicionamento.

DIPE, 08 de julho de 2025.

SÉRGIO FORTUNA JARRA

Parecerista Técnico / DIPE- JUR

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FORTUNA JARRA. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-3AOX-LULM-7NR8-ED65

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FERRAZ DE CAMPOS LUCIANO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1OTD-2EPN-7MRK-3925

Processo nº: eTC-4402.989.23

Senhora Assessora Procuradora - Chefe.

Tratam os presentes autos do exame das contas anuais da Prefeitura Municipal de **Igarapava** referente ao exercício de **2023**.

Após regular notificação, evento 65, foram apresentadas alegações, evento 113. A inspeção esteve a cargo da UR-17, evento 62. Cabe a esta área técnica a análise dos aspectos da gestão fiscal [orçamentário, financeiro e patrimonial] do Município, tendo por base, os dados contidos no relato da fiscalização, visando assim, dar cumprimento à r. determinação, evento. 65.

Segundo o relatório da fiscalização, os resultados apresentados foram os seguintes (evento 62, arquivo 62.65, página 60):

CONTROLE INTERNO	Regular
HOUVE ADESÃO AO PROGRAMA DE TRANSPARÊNCIA FISCAL DA LEI COMPLEMENTAR Nº 178/2021?	Não
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Resultado no exercício (déficit)	- 5,81%
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Percentual de investimentos	5,48%
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTÁ AMPARADO EM SUPERÁVIT FINANCEIRO ANTERIOR?	Sim
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA FEZ SURGIR DÉFICIT FINANCEIRO?	Não
DÍVIDA DE CURTO PRAZO	Favorável
DÍVIDA DE LONGO PRAZO	Favorável
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento/depósito de precatórios judiciais?	Sim
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento de requisitórios de baixa monta?	Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Geral de Previdência Social (INSS)?	Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Próprio de Previdência Social?	Sim
ENCARGOS – Está cumprindo parcelamentos de débitos de encargos?	Sim
RPPS – Relação da situação do RPPS com as contas do Ente	Desfavorável
TRANSFERÊNCIAS AO LEGISLATIVO - Os repasses atenderam ao limite constitucional?	Sim

LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Despesa de pessoal em dezembro do exercício em exame	41,38%
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Atendido o artigo 21, I, da LRF?	Sim
ENSINO - Aplicação na Educação - artigo 212 da Constituição Federal-CF (mínimo 25%)	32,46%
ENSINO - Fundeb[1] aplicado na remuneração dos profissionais da educação básica (mínimo 70%)	93,38%
ENSINO - Recursos do Fundeb aplicados no exercício (mínimo 90%)	100,00%
ENSINO – Fundeb: Se diferida, a parcela residual do montante recebido no exercício examinado (até 10%) foi aplicada até 30/04 do exercício seguinte?	Prejudicado
ENSINO – Fundeb: Complementação União VAAT Despesa Capital (mínimo 15%)	Prejudicado
ENSINO – Fundeb: Complementação União VAAT – Aplicado no mínimo o Indicador para Educação Infantil (IEI)?	Prejudicado
SAÚDE - Aplicação na Saúde (mínimo 15%)	26,34%

O município possui a seguinte série histórica de classificação no IEG-M, evento 62, arquivo 62.65, página 3:

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
IEG-M	C	C	C	C
i-Planejamento	C+	C	C	C
i-Fiscal	C	B	B	C+
i-Educ	C	C	C	C
i-Saúde	B	C+	C+	B
i-Amb	C	C	C+	C
i-Cidade	C	C	C	C
i-Gov-TI	C	C	C	B

A Prefeitura obteve a nota “C” no i-Planejamento, indicando que a execução do planejamento foi diferente do inicialmente planejado. Para melhorar essa nota, a Prefeitura deve incentivar a participação popular, realizar audiências públicas em horários acessíveis e usar plataformas tecnológicas para ampliar a participação. Os responsáveis pelo orçamento devem ser bem preparados e capacitados, o que pode ser alcançado por meio de treinamentos constantes e especialização dos setores de planejamento e controle.

A conquista da nota “C+” no i-Fiscal pelo Município indica que ele tem mantido um controle parcial sobre suas receitas e despesas, cumprindo com as obrigações fiscais e legais básicas. No entanto, ainda há espaço significativo para melhorias.

DA GESTÃO FISCAL.

Peças contábeis, arquivo 62.5, evento 62.

Resultado da Execução Orçamentária.

(evento 62, arquivo 62.65, página 31, item C.1.1)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FERRAZ DE CAMPOS LUCIANO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1OTD-2EPN-7MRK-3925

A administração direta [Prefeitura + Câmara], com base nos dados gerados pelo sistema Audesp, obteve resultado da execução orçamentária de déficit de R$ 8.828.077,02 ou 5,81%.

Ainda que deficitário, o resultado da execução orçamentária encontra cobertura **total** no superávit financeiro do exercício anterior, conforme quadro do item C.1.2, página 33, arquivo 62.65 do evento 62, que foi no valor de R$ 13.702.231,19. O resultado orçamentário deficitário é aceitável, pois está totalmente amparado pelo superávit financeiro do exercício anterior, conforme previsto no art. 43, § 1º, I, da Lei nº 4.320/1964.

Diante desse cenário, penso que podem ser propostas as seguintes recomendações: um planejamento detalhado e realista baseado em projeções precisas de receitas e despesas, reavaliação das prioridades para identificar possíveis cortes sem comprometer serviços, priorização de investimentos com retorno financeiro e social, e implementação de um sistema contínuo de acompanhamento da execução orçamentária para identificar e corrigir desvios.

O resultado da execução orçamentária e os investimentos, com base na despesa liquidada e nos Restos a Pagar Não Processados liquidados em cada exercício, apresentaram os seguintes percentuais:

Exercício	Resultado da execução orçamentária	Percentual do resultado da execução orçamentária	Percentual de investimento
2023	Déficit de R$ 8.828.077,02	- 5,81%	5,48%
2022	Déficit de R$ 9.452.591,68	- 6,70%	8,11%
2021	Superávit de R$ 10.235.897,40	8,97%	5,68%
2020	Superávit de R$ 9.024.793,98	8,96%	5,57%

Informou o relatório que o Município procedeu à abertura de créditos adicionais e à realização de transferências, remanejamentos e/ou transposições correspondente a 32,04%[1] da Despesa Fixada inicial, acima da inflação do período. Considerando que seus reflexos não foram relevantes o suficiente para comprometer a gestão, e se este também for o entendimento da Exma. Sra. Conselheira Relatora, poderá caber severa determinação para que aperfeiçoe o seu planejamento e, por consequência, suas previsões

[1] Arquivo 62.13, evento 62.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FERRAZ DE CAMPOS LUCIANO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1OTD-2EPN-7MRK-3925

orçamentárias, visando restringir as alterações orçamentárias a índice inferior ao da inflação registrada.

Resultados Financeiro, Econômico e Saldo Patrimonial.

(evento 62, arquivo 62.65, página 33, item C.1.2)

O resultado financeiro ao final do exercício foi superavitário em R$ 4.779.063,11. O resultado econômico foi positivo em R$ 4.830.767,55, e o resultado patrimonial foi de superávit em R$ 50.869.785,84.

Embora os resultados registrados ao final do exercício sejam considerados aceitáveis e não comprometam os exercícios futuros, é importante que a Administração Municipal adote medidas para aprimorar o planejamento e a execução orçamentária, visando evitar déficits futuros e garantir uma gestão financeira ainda mais eficiente.

Dívida de Curto Prazo.

(evento 62, arquivo 62.65, página 33, item C.1.3)

Conforme apontado pela fiscalização, a municipalidade possuía, ao final do exercício, disponibilidade financeira suficiente para cobertura da dívida de curto prazo, registrada no Passivo Financeiro.

Dívida de Longo Prazo.

(evento 62, arquivo 62.65, página 34, item C.1.4)

Informou o relato fiscalizatório que o saldo da dívida ao final do exercício era de R$ 41.857.576,45. O inciso II, do artigo 3º, da Resolução nº 40/2001 do Senado Federal, estabelece que o limite máximo de endividamento em longo prazo para os Municípios é de 120% da Receita Corrente Líquida, o saldo da dívida R$ 41.857.576,45 representa apenas 29,79% da RCL[2] (R$ 140.490.420,83), estando, portanto, a municipalidade abaixo do limite máximo legal. A gestão responsável da dívida pública é fundamental para evitar a transferência de encargos excessivos para as futuras administrações e para assegurar a estabilidade financeira do município.

Passivo Judicial.

(evento 62, arquivo 62.65, página 35, item C.1.5)

[2] arquivo 62.3, evento 62, página 20.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FERRAZ DE CAMPOS LUCIANO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1OTD-2EPN-7MRK-3925

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FERRAZ DE CAMPOS LUCIANO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1OTD-2EPN-7MRK-3925

Acerca do passivo judicial, foi informado que a municipalidade estava enquadrada no *Regime Especial de Pagamento de Precatórios*.

Foi atestado pela fiscalização que a dívida dessa natureza quitada no exercício foi no total de R$ 3.562.537,21, evento 62, arquivo 62.34. Verificação da situação de adimplência pelo E. TJ/SP, evento 62, arquivo 62.36.

A fiscalização anotou que o Balanço Patrimonial não registra, corretamente, os saldos financeiros existentes nas contas bancárias. Tendo em vista que não foram apontados inadimplementos de pagamentos, penso que, s.m.j., poderá ser a falha apontada levada ao campo das recomendações.

Relativamente aos requisitórios de baixa monta, o relato de inspeção apontou que houve o pagamento no montante de R$ 71.870,46, evento 62, arquivo 62.39, quitando-se todo o valor vencido no exercício.

Depósitos Judiciais e Extrajudiciais.

(evento 62, arquivo 62.65, página 37, item C.1.6)

Constou do relatório de inspeção existência de falhas de contabilização referente aos depósitos judiciais do fundo garantidor-TJSP, tendo em vista que não foram observadas as orientações previstas na Lei Municipal nº 836/2019, no Item 30 das Instruções de Procedimentos Contábeis nº 15 (IPC 15) da Secretaria do Tesouro Nacional e no Comunicado SDG nº 29/2021, em desobediência aos princípios da transparência fiscal e da evidenciação contábil.

Justificativas da origem, evento 113, arquivo 113.1, página 16, informam que já foi regularizada a contabilização dos depósitos judiciais do fundo garantidor do TJ/SP no balanço patrimonial de 2024.

Penso que, s.m.j., a afirmação poderá ser verificada quando da próxima inspeção pela equipe de fiscalização.

Encargos.

(evento 62 arquivo 62.65, página 38, item C.1.7)

O relatório apontou que a origem apresentou as guias referentes ao recolhimento dos encargos sociais, não sendo apontadas irregularidades.

Segundo a instrução, a Prefeitura cumpriu com as parcelas devidas no exercício, dos acordos de parcelamentos perante o RPPS.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FERRAZ DE CAMPOS LUCIANO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1OTD-2EPN-7MRK-3925

O Regime Próprio de Previdência - RPPS é administrado pelo Instituto de Previdência Municipal de Igarapava - Previgarapava, cujas contas estão abrigadas no eTC-2630.989.23,

Relatou ainda a instrução que a municipalidade apresentou irregularidades no pagamento dos aportes para equacionamento do déficit atuarial. A Prefeitura tinha um valor total de R$ 7.233.403,53 a ser pago, mas pagou apenas R$ 2.480.755,42, deixando um saldo devedor de R$ 4.752.648,11 ao final de 2023. Um projeto de lei para parcelar este saldo devedor foi enviado ao final do exercício, mas não foi aprovado pela Câmara Municipal. A dotação final, após cancelamentos, foi insuficiente para cobrir as despesas com os aportes necessários para amortizar o déficit atuarial.

Justificativas da origem, evento 113, arquivo 113.1, página 18, informam que a Prefeitura solicitou o parcelamento do saldo devedor ao final de 2023, mas a Câmara Municipal não aprovou o projeto. No início de 2025, novo projeto foi encaminhado à Câmara. Parte dos recursos foi realocada para demandas emergenciais, e a partir de 2024, os aportes passaram a ser realizados regularmente. A administração busca manter o equilíbrio financeiro e atuarial do RPPS, conforme a legislação vigente.

Penso que a recorrência de parcelamentos e a insuficiência de dotação para amortização do déficit atuarial indicam uma falta de planejamento e de controle financeiro, que compromete a sustentabilidade do regime previdenciário. A Prefeitura deve adotar medidas urgentes para melhorar a gestão financeira e orçamentária, garantindo o cumprimento das obrigações relacionadas aos aportes devidos ao RPPS e evitando a necessidade de sucessivos parcelamentos. É fundamental que a administração municipal elabore um plano de amortização do déficit atuarial que seja viável e sustentável, além de buscar a aprovação de projetos de lei que permitam a regularização dos débitos pendentes.

Por fim, acerca das divergências no controle da dívida previdenciária entre a Prefeitura e o RPPS, especialmente no que se refere ao registro de direitos a receber pelo RPPS e a ausência de reconhecimento dessas obrigações no balanço patrimonial da Prefeitura. Penso que, s.m.j., poderá ser recomendado que a Prefeitura de Igarapava revise sua escrituração

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FERRAZ DE CAMPOS LUCIANO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1OTD-2EPN-7MRK-3925

contábil para incluir as obrigações referentes às contribuições previdenciárias não recolhidas entre 2010 e 2018, conforme recomendado anteriormente pelo Tribunal. Eventuais ajustes no balanço do RPPS, mediante lançamento de baixa dos valores contabilizados como "em haver", devem ser realizados para refletir a realidade financeira e patrimonial do regime próprio de previdência. A conformidade com o Plano de Amortização deve ser monitorada continuamente para garantir que os objetivos de equilíbrio financeiro e atuarial do RPPS sejam alcançados.

Divida Ativa.

(evento 62, arquivo 62,65, página 48, item C.2.1)

Foram apontadas fragilidades no controle gerencial da dívida ativa: não realização de higienização no estoque da dívida; falta de implantação de modalidades de cobrança extrajudicial.

Alegações de defesa, evento 113, arquivo 113.1, página 21, colocam, em apertada síntese, que a administração municipal de Igarapava adotou medidas sistemáticas para inscrição e cobrança judicial da dívida ativa, além de incentivar a regularização voluntária dos débitos, visando ao equilíbrio das contas públicas e à continuidade dos serviços essenciais.

Penso que, para melhorar essa questão, a origem deve adotar sistemas de gestão financeira e contábil integrados que permitam o registro, acompanhamento e controle eficiente da dívida ativa, além de oferecer treinamento regular e capacitação para os funcionários responsáveis pela gestão da dívida ativa, promover a comunicação eficaz entre os departamentos envolvidos e assegurar que haja recursos humanos e financeiros suficientes para a gestão eficaz da dívida ativa. Adotando essas medidas, a municipalidade pode fortalecer o controle gerencial da dívida ativa, minimizando a ocorrência de fragilidades e garantindo uma gestão mais eficiente e transparente.

Opinião desta área técnica.

Acredito que os resultados contábeis obtidos pela municipalidade não prejudicaram o equilíbrio das contas, onde o desequilíbrio orçamentário apresentou-se coberto pelo superávit financeiro anterior e os resultados financeiro, econômico e patrimonial foram positivos. Este é o ensinamento

constante do manual básico disponibilizado no site desta E. Corte Gestão Financeira de Prefeituras e Câmaras Municipais -páginas 50/51, item 3.1 que trata do déficit orçamentário: ..." Todavia, um déficit orçamentário pode ser absolutamente lícito, desde que amparado no superávit financeiro do exercício anterior. É bem a isso o que se refere o art.43, §1º, I, da Lei nº 4.320, de 1964".

A cobertura do déficit orçamentário pelo saldo financeiro positivo do exercício anterior indica que a administração municipal conseguiu acumular reservas suficientes em exercícios anteriores para enfrentar eventuais desequilíbrios orçamentários. Recomenda-se a implementação de medidas corretivas para evitar a repetição de déficits futuros e garantir a sustentabilidade fiscal do município, promovendo um equilíbrio entre receitas e despesas de forma contínua e estruturada.

Apesar das falhas detectadas, que precisam de correção, as contas da Prefeitura não são comprometidas no geral. A prefeitura deve continuar a monitorar e ajustar suas finanças para garantir a sustentabilidade fiscal e evitar impactos negativos futuros. A manutenção de práticas de limitação de empenho (controle e restrição das despesas autorizadas) e uma rigorosa planificação de caixa (gestão cuidadosa dos fluxos de entrada e saída de recursos financeiros) são essenciais para manter o equilíbrio fiscal, prevenir déficits orçamentários e assegurar que os compromissos financeiros sejam honrados sem comprometer a saúde financeira da administração pública.

Conclusão.

A Prefeitura analisada obteve, nos quatro últimos exercícios, os seguintes **Pareceres** na apreciação de suas contas:

Exercícios	Processos	Pareceres	Data do Trânsito em Julgado da Decisão
2022	eTC-4137.989.22	desfavorável	Reexame em trâmite*
2021	eTC-7090.989.20	favorável	16/02/24
2020	eTC-3107.989.20	favorável	29/01/24
2019	eTC-4759.989.19	favorável	24/11/21

*eTC-6042.989.25

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FERRAZ DE CAMPOS LUCIANO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1OTD-2EPN-7MRK-3925

Assim, ao propor recomendações, opino pela emissão de Parecer Favorável à aprovação das contas da Prefeitura de **Igarapava**, relativas ao exercício de 2023. Ressalvo, entretanto, que o posicionamento aqui adotado não abrange os aspectos pertinentes às demais áreas de atuação deste setor de análise técnica.

À apreciação de Vossa Senhoria.

São Paulo, 23 de junho de 2025.

Sérgio Ferraz de Campos Luciano
DIPE-Economia

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SERGIO FERRAZ DE CAMPOS LUCIANO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1OTD-2EPN-7MRK-3925

Processo: TC – 4402/989/23.

Interessado: Prefeitura Municipal de Igarapava.

Assunto: Prestação anual de contas da Administração Financeira.

Exercício: 2023.

À Senhora Assessora Procuradora-Chefe,

Com o objetivo de proporcionar subsídio técnico para o parecer a ser emitido, apresenta-se, nesta oportunidade, uma análise da matéria epigrafada, pelo viés jurídico especial.

Considerando os aspectos que fundamentaram a determinação de remessa dos autos ao DIPE e a estrita abrangência ao nosso campo de atuação, a abordagem será focada nos seguintes pontos do relatório da fiscalização (evento 62.65):

- **Aplicação por Determinação Constitucional e Legal no Ensino e na Saúde;**
- **Execução das Políticas Públicas do Ensino (i-Educ) e de Saúde (i-Saúde)**.

I) Aplicação no Ensino:

O demonstrativo acostado no item **D.1. Aplicação por Determinação Constitucional e Legal no Ensino** - evento 62.65, págs. 51/52, indicou que o Município aplicou em manutenção e desenvolvimento do ensino **32,46%** das receitas resultantes de impostos, cumprindo o artigo 212 da Constituição Federal.

Houve a utilização de **100%** dos recursos recebidos do FUNDEB, em conformidade com o artigo 25, da Lei nº 14.113, de 25 de dezembro de 2020.

Demais disso, a fiscalização atestou que os investimentos do FUNDEB na remuneração dos profissionais da educação básica em efetivo exercício alcançaram **93,38%**, dando atendimento ao artigo 212-A, XI, da CF e ao artigo 26 da Lei Federal nº 14.113/2020.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FABIO CALASTRI NOBRE. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1DDS-B63H-81TI-3EY2

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FABIO CALASTRI NOBRE. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1DDS-B63H-81TI-3EY2

II) Aplicação na Saúde:

A síntese dos cálculos consignada no item **D.2. Aplicação por Determinação Constitucional e Legal na Saúde**, evento 62.65, pág. 55, indicou que foi aplicado montante acima de 15% da receita de impostos (**26,34%**), atendendo ao piso constitucional de investimento em ações e serviços públicos de saúde.

Nas verificações empreendidas pela Fiscalização nas despesas da Saúde, não foram constatadas irregularidades (item **D.2.1**).

III) Execução das Políticas Públicas do Ensino (i-Educ) e de Saúde (i-Saúde):

O Município possui a seguinte série histórica de classificação no Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IEG-M), após validação da i. Fiscalização, com destaque para os seguimentos (i-Educ) e (i-Saúde) – evento 62.65, pág. 03:

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
IEG-M	C	C	C	C
i-Planejamento	C+	C	C	C
i-Fiscal	C	B	B	C+
i-Educ	C	C	C	C
i-Saúde	B	C+	C+	B
i-Amb	C	C	C+	C
i-Cidade	C	C	C	C
i-Gov-TI	C	C	C	B

A série histórica do Índice de Efetividade da Gestão Municipal (**IEG-M**[1]) em relação aos índices setoriais da Educação (**i-Educ**) e da Saúde (**i-Saúde**), apresentou os seguintes cenários:

a) Educação: i.Educ (C: Baixo Nível de Adequação): A variação do i-Educ (Índice de Efetividade da Gestão Municipal na área de Educação) para o

[1] Classificações: **A: Altamente Efetiva**, IEGM com pelo menos 90% da nota máxima e, no mínimo, 5 índices com nota A; **B+: Muito Efetiva**: IEG-M entre 75% e 89,9% da nota máxima; **B: Efetiva**: IEG- M, entre 60,0% e 74,9% da nota máxima; **C+: Em fase de adequação**, IEG-M entre 50,0% e 59,9% da nota máxima; **C: Baixo nível de adequação**: IEG-M menor ou igual a 49,9%.

município de Igarapava nos anos de 2020, 2021, 2022 e 2023 permaneceu constante, com a nota "C" em todos os anos. Essa constância na nota "C" indica um baixo índice de efetividade na gestão educacional do município ao longo desses quatro anos.

A manutenção da nota "C" sugere que não houve melhorias significativas nos aspectos avaliados pelo índice, e que as medidas adotadas não foram suficientes para elevar a qualidade dos serviços educacionais oferecidos. O relatório destaca a necessidade de adoção de medidas corretivas para melhorar os aspectos que compõem o IEG-M (Índice de Efetividade da Gestão Municipal), visando aprimorar a efetividade dos serviços educacionais.

Além disso, o relatório aponta que as notas do IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica) da rede municipal de ensino de Igarapava ficaram abaixo das metas projetadas nos dois últimos exercícios avaliados (2021 e 2023), o que também contribui para a manutenção da nota "C" no i-Educ. A não conformidade com as metas do IDEB reflete problemas na qualidade do ensino, infraestrutura das escolas, e falta de políticas públicas eficientes, evidenciando a necessidade de um planejamento estratégico mais robusto e uma gestão escolar mais eficaz.

Portanto, a variação constante do i-Educ com a nota "C" ao longo dos anos analisados indica uma estagnação na efetividade da gestão educacional do município, ressaltando a urgência de implementar melhorias significativas para elevar a qualidade da educação oferecida à população.

b) Saúde: i.Saúde (B: Efetivo): A variação do i-Saúde (Índice de Efetividade da Gestão Municipal na área de Saúde) para o município de Igarapava nos anos de 2020, 2021, 2022 e 2023 apresentou uma alternância entre as notas "B" e "C+".

Em 2020, o índice foi "B", indicando um bom nível de efetividade na gestão da saúde municipal. Nos anos seguintes, 2021 e 2022, houve uma queda para "C+", sugerindo uma diminuição na qualidade e efetividade dos serviços de saúde oferecidos. Em 2023, o índice voltou a ser "B", demonstrando uma recuperação na gestão da saúde.

Essa variação pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo a implementação de políticas públicas, a gestão dos recursos e a capacidade de resposta às

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FABIO CALASTRI NOBRE. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1DDS-B63H-81TI-3EY2

necessidades da população. A nota "B" em 2020 e 2023 indica que, nesses anos, a gestão conseguiu alcançar um nível satisfatório de efetividade, enquanto a nota "C+" em 2021 e 2022 aponta para áreas que necessitaram de melhorias.

A recuperação da nota "B" em 2023 sugere que foram adotadas medidas corretivas e melhorias na gestão da saúde, resultando em um aumento na qualidade dos serviços prestados. No entanto, é importante continuar monitorando e aprimorando as políticas e práticas de saúde para garantir a manutenção e possível elevação desse índice nos próximos anos.

Dando prosseguimento às ponderações, apresento os demonstrativos sintetizando os achados de 2023, nos segmentos de Ensino e Saúde:

a) Na dimensão do Ensino:

A.4. FISCALIZAÇÕES ORDENADAS

- Foram constatadas irregularidades que permaneceram em novas verificações relativas à I Fiscalização Ordenada Nacional 2023 – Escolas; e à IV Fiscalização Ordenada 2023 - Escolas em Tempo Integral.

B.3. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ENSINO (i-Educ/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Educ demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.

- IDEB para os anos iniciais do Ensino Fundamental da rede municipal de ensino abaixo da meta nos últimos dois exercícios avaliados (2021 e 2023), contrariando o estabelecido na meta 7 do seu Plano Municipal de Educação;

- A Prefeitura não realiza o monitoramento da execução e atingimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Educação, em desacordo com o previsto em seu art. 5°;

- Nenhum dos 15 estabelecimentos de ensino da rede pública municipal possuíam Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB vigente no ano de 2023;

- Diversas irregularidades de infraestrutura nas escolas: EMEF Jardel Biguetti Domeneghi e EMEI Maria da Conceição dos santos;

- Constatada demanda não atendida por vagas em creche, totalizando 201 crianças na lista de espera, em prejuízo ao disposto nos arts. 7º, XXV, e 208, IV, da Constituição Federal, arts. 4º, II, e 11, V, da ei nº 9.394/1996 e art. 54, IV, da Lei nº 8.069/1990 e recomendação deste Tribunal de Contas;

- Obra de creche tipo 2 (Programa Proinfância), com contrato assinado desde 24/06/2022, e que ficou mais de 18 meses sem ser iniciada;

- Falta de transparência e comunicação entre a Prefeitura e o CACS FUNDEB com emissão de parecer inconclusivo referente a aplicação dos recursos em 2023.

D.1.2. DEMAIS APURAÇÕES SOBRE O FUNDEB

- A rede municipal não se habilitou, no exercício em exame para recebimento em 2024, à Complementação da União VAAT e VAAR, tendo em vista o não atendimento às seguintes condicionalidades:

VAAT: Não transmitiu ao SIOPE os dados do ano de 2022.

VAAR: Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020 em 2023.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FABIO CALASTRI NOBRE. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1DDS-B63H-81TI-3EY2

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FABIO CALASTRI NOBRE. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1DDS-B63H-81TI-3EY2

b) Na dimensão da Saúde:

D.2.2 INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

- Diversas metas em relação à Atenção Básica, definidas através do Plano Municipal de Saúde (2022-2025) não foram atingidas ao final do exercício de 2023;

- O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não atende à diretriz do Ministério da Saúde em cinco das seis equipes de Saúde da Família do Município, que é de 1 ACS para cada 750 pessoas cadastradas;

- População total cadastrada por ESF maior que o recomendado pelo Ministério da Saúde nas seis equipes de saúde da família do Município, sendo que todas possuem mais de 3.500 pessoas cadastradas e o ideal é de 2.000 a 3.500.

As **justificativas** encontram-se no **evento 113** e em relação aos apontamentos decorrentes da inspeção nos resultados da execução das políticas públicas do Ensino e de Saúde, os esclarecimentos apresentados pela Origem procuram demonstrar que parte já foi sanada, além da adoção de efetivas providências objetivando regularizar as demais ocorrências anotadas no exercício de 2023, conforme sintetizo:

A.4. FISCALIZAÇÕES ORDENADAS:

Justificativas: Durante a Fiscalização Ordenada sobre "Escolas em Tempo Integral" (TC 8955/989/23), o Município realizou os protocolos necessários (Eventos 23.3 e 47.1). A verificação complementar constatou que alguns apontamentos já foram ou estão sendo regularizados. Embora algumas falhas, como a ausência do AVCB, ainda persistam, há processos licitatórios em andamento para resolver essas questões. As adequações estruturais, como a instalação de sinalização tátil, enfrentam limitações orçamentárias e financeiras, mas a Administração está ciente e trabalhando dentro das possibilidades para realizar as adequações necessárias. Portanto, solicita-se a desconsideração do apontamento e a consideração das informações sobre "Educação" apresentadas na defesa.

B.3. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ENSINO (i-Educ/IEG-M):

Justificativas: A Administração Municipal está tomando medidas para melhorar os índices de efetividade da gestão municipal (IEG-M) e evoluir nas notas atribuídas ao ensino. Em relação ao ambiente físico das escolas, foi contratada a empresa VSA Engenharia LTDA para elaborar projetos de prevenção e combate a incêndio e obter o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) para diversas instituições. A empresa foi selecionada por meio de licitação (Tomada de Preços n.º 029/2022) e o contrato firmado é o de n.º 070/2023. Já houve avanços no projeto, com a análise de projetos técnicos protocolada para algumas unidades.

Sobre a falta de transparência e comunicação entre o CACS FUNDEB e a Prefeitura, o Departamento competente está trabalhando para corrigir o envio intempestivo de documentação ao Conselho.

A Administração está empenhada em realizar as adequações necessárias e espera que, nas próximas fiscalizações, diversas melhorias sejam verificadas.

Portanto, solicita-se a desconsideração dos apontamentos, reafirmando o compromisso com a melhoria contínua da educação no Município.

D.1.2. DEMAIS APURAÇÕES SOBRE O FUNDEB:

Justificativas: O Tribunal informou que o Município não transmitiu ao SIOPE os dados do ano de 2022 e não comprovou a implementação da gestão democrática, ou seja, a existência de legislação local normatizando o provimento do cargo de gestor escolar por meio de critérios técnicos de mérito e desempenho. Todavia, parte do apontamento já foi solucionado.

A Administração Municipal está tomando providências para que o recebimento da complementação da União VAAT e VAAR efetivamente ocorra. Portanto, solicita-se que o referido apontamento seja desconsiderado.

D.2.2 INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:

Justificativas: O Egrégio Tribunal apontou que diversas metas relacionadas à Atenção Básica, conforme estabelecido no Plano Municipal de Saúde (2022-2025), não foram plenamente atingidas ao término do exercício de 2023. A Administração Municipal, ciente das lacunas existentes, está adotando medidas concretas para sanar as inconformidades, incluindo a implantação de novas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a adequação do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por cadastro.

Os avanços significativos observados em todos os indicadores da Atenção Básica no Município de Igarapava são atestados pelos dados do Ministério da Saúde, disponibilizados por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Para solucionar a questão do número de ACS, a Secretaria Municipal de Saúde promoveu o Concurso Público n.º 01/2024, especificamente voltado à adequação do quadro de ACS às diretrizes ministeriais, e a conformidade poderá ser plenamente verificada nas próximas fiscalizações.

A situação de que a população total cadastrada por ESF supera o limite recomendado pelo Ministério da Saúde decorreu do programa Previne Brasil, que incentivava o cadastro de todos os cidadãos atendidos na rede pública municipal. Com o término do programa, o Município adotou medidas para ajustar os cadastros às diretrizes vigentes, promovendo a limitação do número de pessoas por unidade. Esses esforços são comprovados pela aprovação e início da construção de uma nova Unidade de Saúde da Família na Vila Marilene, que possibilitará a implantação de mais duas equipes de ESF, permitindo alcançar uma cobertura de 100% da Atenção Básica no Município.

Diante das providências demonstradas, evidencia-se o comprometimento da Administração Municipal em corrigir as inconformidades apontadas. Assim, requer-se a completa desconsideração dos apontamentos formulados,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FABIO CALASTRI NOBRE. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1DDS-B63H-81TI-3EY2

considerando-se que o Município já envidou esforços significativos para atender às diretrizes legais e técnicas aplicáveis. Alternativamente, caso o Tribunal não concorde, requer-se que os apontamentos sejam alçados ao campo das recomendações, reconhecendo o progresso das medidas implementadas e o comprometimento da Administração Municipal com a melhoria contínua da Atenção Básica.

Neste contexto, entendo que as medidas saneadoras anunciadas poderão ser acompanhadas nas inspeções ordinárias seguintes e contribuirão para o processo de validação das futuras respostas ofertadas aos questionários do IEG-M, sem prejuízo da ressalva de que não há esclarecimentos específicos sobre a constatação de demanda não atendida por vagas em creche, totalizando 201 crianças na lista de espera.

Este tema é reincidente e foi objeto de recomendação no voto condutor do parecer desfavorável às contas de 2022 (TC-4137/989/22):

> **2.6** Diante do exposto, acompanho as manifestações da Assessoria Técnico-Jurídica e do Ministério Público de Contas e voto pela emissão de **parecer prévio desfavorável** à aprovação das contas da Prefeitura Municipal de Igarapava, relativas ao exercício de 2022.
>
> À margem do parecer, expeça-se ofício ao Chefe do Executivo com as seguintes **recomendações**:
>
> [...]
>
> - **promova as medidas adequadas com vista à superação do déficit de vagas nas creches que integram a rede pública municipal de ensino**; (grifei)

Por fim, conforme destacado acima, saliento que as contas anuais de 2022, apreciadas no TC-4137/989/22, receberam o parecer prévio desfavorável, proferido pela E. Segunda Câmara, em sessão de 26/11/2024, sob a relatoria do Excelentíssimo Senhor Conselheiro Sidney Estanislau Beraldo:

> EMENTA: EMENTA: CONTAS ANUAIS. PREFEITURA MUNICIPAL. DÉFICIT ORÇAMENTÁRIO TOTALMENTE AMPARADO EM SUPERÁVIT FINANCEIRO ADVINDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR. RESULTADO FINANCEIRO SUPERAVITÁRIO. INSUFICIENTE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS AO ENSINO (24,79%). BAIXA EFETIVIDADE DA GESTÃO MUNICIPAL. IEGM-GERAL "C". DÉFICIT DE VAGAS NAS CRECHES. PREFEITO REELEITO. ENVIO DE OFÍCIO AO CORPO DE BOMBEIROS. PARECER PRÉVIO DESFAVORÁVEL.

Informo que o respectivo Pedido de Reexame, protocolizado sob o nº TC-6042/989/25, encontra-se em tramitação nesta E. Corte de Contas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FABIO CALASTRI NOBRE. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1DDS-B63H-81TI-3EY2

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FABIO CALASTRI NOBRE. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1DDS-B63H-81TI-3EY2

Conclusão:

Considerando tudo o que foi mencionado, estritamente sob a ótica dos cálculos das aplicações dos mínimos constitucionais e legais vinculados ao ENSINO e à SAÚDE, entendo que as contas em análise comportam **parecer favorável**, sem prejuízo da proposta de reiterar a **recomendação** encaminhada à Origem nas contas de 2022 (TC-4137/989/22), para que equacione o déficit de vagas em creches, atendendo a demanda das crianças na lista de espera.

As deficiências relatadas no item '**D.1.2. DEMAIS APURAÇÕES SOBRE O FUNDEB'**, também sugerem a necessidade das seguintes **recomendações**:

1. **Transmissão ao SIOPE**: Transmitir ao SIOPE os dados para habilitação ao recebimento da Complementação da União VAAT.
2. **Cumprimento da Lei nº 14113/2020**: Cumprir o disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020 para habilitação ao recebimento da Complementação da União VAAR.

Quanto aos apontamentos relacionados à **efetividade das políticas públicas na saúde e no ensino**, os resultados em comento indicam que persiste a necessidade de a Origem redobrar seus esforços para corrigir os pontos alçados pela fiscalização e pelos indicadores sociais incidentes, a fim de elevar o nível de resposta dos sistemas de planejamento, execução e controle, bem como na oferta de serviços suficientes e com qualidade à população.

Nesse sentido, com base nos minuciosos apontamentos constantes no relatório da equipe de inspeção, e a despeito das justificativas apresentadas pelo interessado, sobre as quais proponho o acompanhamento pela inspeção ordinária futura, peço vênia para apresentar algumas ponderações que, no meu entender, merecem atenção por parte da Origem:

- **A.4. FISCALIZAÇÕES ORDENADAS:**

I Fiscalização Ordenada Nacional 2023 – Escolas:

1. **Sinalização Tátil**: Implementar sinalização tátil (piso/paredes) nas escolas para garantir acessibilidade.
2. **Parque Infantil**: Instalar parques infantis nas escolas para promover atividades recreativas.

3. **Bebedouros**: Corrigir as inadequações observadas nos bebedouros das escolas.
4. **AVCB**: Renovar o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) para todas as escolas.
5. **Telas Milimetradas**: Instalar telas milimetradas nas portas e janelas das áreas de preparo dos alimentos.
6. **Segurança de Equipamentos**: Garantir que equipamentos caros (computadores, notebooks, etc.) sejam guardados em salas seguras ou possuam mecanismos de proteção (cadeados, grades, travas, trancas etc.).
7. **Botão de Pânico**: Instalar botão de pânico ou equipamento equivalente nas escolas.
8. **Segurança dos Muros**: Aumentar a altura dos muros da área externa das escolas e instalar equipamentos de segurança, como concertinas ou cerca elétrica.

IV Fiscalização Ordenada 2023 - Escolas em Tempo Integral:

1. **Controle de Migração de Alunos**: Implementar um sistema de controle e levantamento sobre a quantidade de alunos que migram da escola de tempo integral para a convencional.
2. **Periodicidade da Meta 6 do PNE**: Definir a periodicidade para aferir a evolução do cumprimento da meta 6 do PNE.
3. **Avaliação da Meta 6 do PNE**: Realizar avaliação periódica da meta 6 do PNE (Ensino Integral).
4. **Legislação e Regulamento**: Criar legislação, decreto ou regulamento para a operacionalização da escola em jornada de tempo integral e disciplinar a forma de acesso.
5. **Custo Operacional**: Determinar o custo operacional por aluno em escola de tempo parcial e integral.
6. **AVCB**: Renovar o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) para todas as escolas.

- **B.3. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ENSINO (i-Educ/IEG-M):**

1. **Monitoramento das Metas**: Implementar um sistema de monitoramento da execução e atingimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Educação, conforme previsto no art. 5°.
2. **Infraestrutura Escolar**: Corrigir as irregularidades de infraestrutura nas escolas EMEF Jardel Biguetti Domeneghi e EMEI Maria da Conceição dos Santos.
3. **Obra de Creche**: Iniciar e concluir a obra da creche tipo 2 (Programa Proinfância) conforme o contrato assinado.
4. **Transparência e Comunicação**: Melhorar a transparência e comunicação entre a Prefeitura e o CACS FUNDEB, garantindo a emissão de pareceres conclusivos referentes à aplicação dos recursos.
5. **AVCB**: Renovar o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) para todos os estabelecimentos de ensino da rede pública municipal.

D.2.2 INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE:

1. **Número de ACS**: Aumentar o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para atender à diretriz do Ministério da Saúde, garantindo 1 ACS para cada 750 pessoas cadastradas.
2. **População por ESF**: Reduzir a população total cadastrada por equipe de saúde da família (ESF) para o recomendado pelo Ministério da Saúde, que é de 2.000 a 3.500 pessoas.
3. **AVCB**: Renovar o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) para todas as unidades de saúde municipais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FABIO CALASTRI NOBRE. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1DDS-B63H-81TI-3EY2

Concluindo, conforme já vem sendo ponderado por esta E. Corte de Contas, os setores de educação e saúde contam com proteção constitucional, com recursos vinculados, de modo a atender a manutenção, o desenvolvimento e as ações relacionados a estes sensíveis setores, competindo à Administração realizar o planejamento atualizado e acompanhar a execução das respectivas políticas públicas, a fim alcançar as finalidades determinadas pelos mandamentos constitucionais.

À apreciação de Vossa Senhoria.

São Paulo, 16 de junho de 2025.

Fábio Calastri Nobre
DIPE-Jurídico Especial

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FABIO CALASTRI NOBRE. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 6-1DDS-B63H-81TI-3EY2

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
CARTÓRIO DA CONSELHEIRA CRISTIANA DE CASTRO MORAES
(11) 3292-3517 - cgcccm@tce.sp.gov.br

D E S P A C H O

Processo: TC-4402.989.23-0.

Interessada: Prefeitura Municipal de Igarapava.

Responsável: José Ricardo Rodrigues Mattar.

Período: 01.01.2023 a 31.12.2023.

Procurador: Dr. Julio Cesar Machado (OAB/SP nº 330.136), Fernando Leme Sanches (OAB/SP 272.879).

Assunto: Contas do exercício de 2023.

Em exame: Renúncia do advogado Julio Cesar Machado (OAB/SP nº 330.136) e requerimento de prorrogação de prazo formulado pela Prefeitura Municipal de Igarapava.

Vistos.

Tomo conhecimento do noticiado e determino a exclusão do nome do advogado renunciante do rol de habilitados nos autos em epígrafe (evento 112), ficando prejudicada a solicitação de prorrogação de prazo formulada pela Prefeitura Municipal de Igarapava, constante do evento 111.

Cartório, 17 de março de 2025.

CRISTIANA DE CASTRO MORAES
CONSELHEIRA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: CRISTIANA DE CASTRO MORAES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-V675-M5L6-9API-5SBQ

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE : JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, brasileiro, casado, profissional liberal, RG 23646285-4, CPF 162070.128-68, residente e domiciliado na cidade de Igarapava, Estado de São Paulo, na rua Cerqueira Cesar, 109 – Centro,

OUTORGADO : FERNANDO LEME SANCHES, brasileiro, advogado, regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o n. 272.879, com escritório profissional, sito na Av Chucri Zaidan, 1550, Brooklin, São Paulo

PODERES : Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui como seu bastante procurador o advogado, a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a claúsula ad judcia et extra , em qualquer juízo, podendo propor ação, apresentar recurso, podendo desistir, em especial para atuação nos processos em tramite perante o E. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – TCESP.

São Paulo, 21 de janeiro de 2025.

José Ricardo Rodrigues Mattar

OUTORGANTE

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U25W-4MG5-7L7Y-85SZ

EXCELENTÍSSIMA SENHORA CONSELHEIRA DO EGRÉGIO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, DRA. CRISTIANA DE CASTRO MORAES.

Processo:

TC - 4402.989.23-0.

FERNANDO LEME SANCHES, advogado regularmente inscrito na OAB/SP sob o nº 272.879, com escritório profissional à Av. Chucri Zaidan, nº 1.550, 22º Andar, Bairro Brooklin, no Município de São Paulo/SP, CEP: 04711-130, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, **requerer sua habilitação no processo em epígrafe,** visando seu acompanhamento e quando necessária, apresentação de competente manifestação de defesa em nome do ex-prefeito do Município de Igarapava, **Sr. José Ricardo Rodrigues Mattar**, conforme procuração anexa**.**

Sendo o que se havia a requerer por ora, aproveita-se o ensejo para renovar os protestos de estima e elevada consideração.

Termos em que,
Pede deferimento.

Igarapava, 26 de fevereiro de 2025.

FERNANDO LEME SANCHES
OAB/SP Nº 272.879
(*assina digitalmente*)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U25E-99FY-7X3X-7GIV

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
DEPARTAMENTO DE FINANÇAS - DIVISÃO DE TRIBUTAÇÃO
RUA DR. GABRIEL VILELA, Nº 00413 - CENTRO

COBRANÇA AMIGÁVEL

NOTIFICAÇÃO Nº: [redacted]

Cadastro: [redacted] Matricula: [redacted]

Proprietário: [redacted]

Compr/Inquil. [redacted]

Endereço do Cadastro

Logra: [redacted]

Bairro: [redacted] CEP: **14540000**

Complem: Setor: Quadra: Lote: -

COBRANÇA AMIGÁVEL DE DÍVIDA RELACIONADA AO CONTRIBUINTE ACIMA IDENTIFICADO.
RECEBIMENTO AGENCIA BANCO DO BRASIL, CAIXA ECONOMICA, SANTANDER, OU LOTÉRICAS.

A FALTA DE PAGAMENTO PODE ACARRETAR EM PROTESTO OU EXECUÇÃO FISCAL.

Divida	Ano	Receita Princ	Valor	Correção	Multa	Juros	Desconto	Honorários	Total
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]						
Total:			[redacted]						

Número do Documento	Vencimento	(=) Valor do Documentos	Autenticação Mecânica
[redacted]	02/05/2024	[redacted]	
Agência/Código do Cedente: 6532-3/6276-6	Nosso Número		

Local de Pagamento: **PAGAMENTO PREFERENCIALMENTE NAS AGENCIAS DO BANCO BRASIL**

Vencimento: **02/05/2024**

Cedente: **PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA**

Agência/Código do Cedente: 6532-3/6276-6

Data do Documento	Número do Documento	Espécie	Aceite	Processamento
02/05/2024	[redacted]	FCB	N	02/05/2024

Nosso Número:

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor
	18	REAL		

(=) Valor do Documentos: [redacted]

NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO

(+)Outros Acrescimos:

(-)Outras Deduções:

(=)Valor Cobrado:

Cadastro: 0822-21/00 **Matricula: 0822-21/00**

Sacado: [redacted] CPF/CNPJ: [redacted]

Logra: [redacted] CEP: [redacted]

Bairro: [redacted] Comple: **Setor/Quadra/Lote: ///**

Autenticação Mecânica

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0OG-GEPT-606V-561Z

Prefeitura Municipal de Igarapava

PREFEITO MUNICIPAL

DECRETO Nº 2744, DE 31 DE JULHO DE 2023

Dispõe sobre Alteração no Plano de Amortização do Repasse de Aportes Financeiros para o Equacionamento do Déficit Atuarial do Instituto de Previdência Municipal de Igarapava - PREVIGARAPAVA, conforme autorizado pela Lei Complementar Municipal N° 050/2016, e dá outras providências.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, Prefeito Municipal de Igarapava, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO que no cálculo atuarial anual apresentado pelo PREVIGARAPAVA (Relatório Atuarial de 2023 – Exercício de 2022), houve alteração no déficit atuarial;

CONSIDERANDO que o artigo 2º da Lei Complementar Municipal nº 050/2016 dispõe que qualquer alteração no plano de amortização poderá ser feita mediante ato próprio do Executivo;

CONSIDERANDO que a alteração proposta visa adequar o equacionamento do déficit atuarial, com base no artigo 26, da Portaria MPT n.º 1467/2022, em conformidade com o cálculo atuarial anual apresentado pelo PREVIGARAPAVA (Relatório Atuarial de 2023 - Exercício de 2022;

CONSIDERANDO que nessa condição o presente Decreto segue as normas estabelecidas pelo artigo 40° da CF e as exigências impostas pelo Ministério da Previdência Social, em conformidade com o critério de equilíbrio atuarial e financeiro;

CONSIDERANDO que a Lei 9.717/1998 prevê que os regimes próprios de Previdência Social dos servidores públicos dos Municípios deverão ser organizados com base em normas gerais de contabilidade e atuarial, observados os critérios técnicos relacionados no artigo 10 e seus incisos;

CONSIDERANDO a realização anual da avaliação atuarial, de modo a assegurar o equilíbrio do **REGIME PRÓPRIO** e dar-lhe segurança em seu plano de custeio de benefício;

DECRETA:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0ON-FUAH-66CH-5PKT
Assinado por 1 pessoa: JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5E3C-4CDD-E35E-D17A-3755 e informe o código 5E3C-4CDD-E35E-D17A-3755

Prefeitura Municipal de Igarapava

PREFEITO MUNICIPAL

DECRETO Nº 2744, DE 31 DE JULHO DE 2023

Art. 1º- Ficam a Administração Pública Municipal Direta e Indireta e o Poder Legislativo Municipal autorizados a realizar a alteração no plano de amortização do repasse de aportes periódicos ao **Instituto de Previdência Municipal de Igarapava - PREVIGARAPAVA**, conforme resultado apontado pela avaliação atuarial finalizada em 2023, constante do Anexo Único, parte integrante deste Decreto.

Parágrafo Único – Os valores dos aportes mensais, deverão ser atualizados com base no IPCA do referido período

Art. 2° - Fica a contribuição dos órgãos empregadores, correspondentes ao ano de 2022 estipulado de acordo com o quadro abaixo:

Discriminação	AA 2022	AA 2023
Órgão empregadores (% sobre o total da folha dos servidores ativos)	18,45%	18,45%
Despesas Administrativas (% sobre o total da folha dos servidores ativos)	3.60%	3,60%
Alíquotas Suplementares (% sobre o total dos servidores ativos)	0,00%	0,00%
Total Empregadores	**22,05%**	**22,05%**

Art. 3° - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a partir de 01.01.2023, revogadas as disposições em contrário.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA

Aos trinta e um dias do mês de julho de 2023

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR

PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

REGISTRADO. Publicado e arquivado em livro próprio, na forma da lei.

GILCÉLIO DE SOUZA SIMÕES

CHEFE DE GABINETE

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0ON-FUAH-66CH-5PKT
Assinado por 1 pessoa: JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5F0C-4C3E-D17E-3755 e informe o código 5F0C-4C3E-D17E-3755

Prefeitura Municipal de Igarapava

DECRETO Nº 2744, DE 31 DE JULHO DE 2023

PREFEITO MUNICIPAL

Anexo Único

DEFICIT A AMORTIZAR PMBC + PMBaC = OPÇÃO EM APORTE

	ALÍQUOTA	TOTAL=814	PREFEITURA = 801	CAMARA=10	INSTITUTO=3
2023	**24,28%**	**7.350.799,59**	**7.233.403,53**	**90.304,66**	**27.091,40**
2024	28,61%	8.661.692,19	8.523.360,50	106.408,99	31.922,70
2025	37,45%	11.338.392,72	11.157.312,74	139.292,29	41.787,69
2026	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2027	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2028	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2029	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2030	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2031	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2032	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2033	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2034	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2035	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2036	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2037	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2038	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2039	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2040	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2041	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2042	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2043	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2044	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0ON-FUAH-66CH-5PKT
Assinado por 1 pessoa: JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5E75-CD3E-4CDE-E5F2 e informe o código 5E75-CD3E-4CDE-E5F2

Prefeitura Municipal de Igarapava

DECRETO Nº 2744, DE 31 DE JULHO DE 2023

PREFEITO MUNICIPAL

2045	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2046	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2047	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2048	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2049	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2050	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2051	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2052	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2053	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0ON-FUAH-66CH-5PKT
Assinado por 1 pessoa: JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5E55-4C0E-3E35-D17E-3755 e informe o código 5E55-4C0E-3E35-D17E-3755

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: EDDC-4C3E-D17F-3756

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR (CPF 162.XXX.XXX-60) em 01/08/2023 10:33:27 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/EDDC-4C3E-D17F-3756

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0ON-FUAH-66CH-5PKT

RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO ATUARIAL

Instituto de Previdência Municipal de Igarapava

Dezembro – 2023

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO ATUARIAL

Prefeitura Municipal de Igarapava

Instituto de Previdência Municipal de Igarapava

Perfil Atuarial I

Data focal: 31/12/2023

Nota Técnica Atuarial – NTA n° 2022.000663.1

Atuário responsável: Richard M. Dutzmann

Registro MIBA n° 935

Versão 01

Elaborada em: 16/04/2024

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente estudo reúne informações fornecidas pela unidade gestora do Regime Próprio de Previdência Social – RPPS relativas às características demográficas e administrativas da massa de segurados, associadas às demais informações de ordem financeira e administrativa do RPPS, aplicando procedimentos preconizados pela legislação vigente com a finalidade de demonstrar a situação financeira e atuarial do plano de benefícios previdenciários e estabelecer as bases necessárias à perseguição do equilíbrio financeiro e atuarial do plano.

O desenvolvimento do relatório expõe em detalhes o quadro que retrata o momento do plano de benefícios, assim resumido:

RESULTADO ATUARIAL	R$
Ativos Garantidores do Plano	48.632.139,03
Provisões Matemáticas	327.230.428,43
Compensação Previdenciária	12.976.828,07
RESULTADO ATUARIAL	**- 265.621.461,33**

RESULTADO ATUARIAL	Valores com as alíquotas vigentes
Superavit	0,00
Reserva de Contingência	0,00
Reserva para Ajuste do Plano	0,00
Deficit	-265.621.461,33
Deficit Equacionado:	-195.954.574,17
Valor Atual do Plano de Amortização do Deficit Atuarial estabelecido em lei	-195.954.574,17
Valor Atual da Cobertura de Insuficiência Financeira	0,00
Deficit Atuarial a Equacionar	-69.666.887,16

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 6

1.1 OBJETIVO 7
1.2 ENTIDADES MANTENEDORAS DO PLANO DE BENEFÍCIOS 7

2. BASE NORMATIVA 8

2.1 NORMAS GERAIS 8
2.2 NORMAS DO ENTE FEDERATIVO 8

3. PLANO DE BENEFÍCIOS E CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE 9

3.1 BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS 9
3.2 CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE 9

4. REGIMES FINANCEIROS E MÉTODOS DE FINANCIAMENTO 16

4.1 REGIMES FINANCEIROS UTILIZADOS 16
4.2 MÉTODO DE FINANCIAMENTO UTILIZADO NA CAPITALIZAÇÃO 16
4.3 RESUMO DOS REGIMES FINANCEIROS E MÉTODOS DE FINANCIAMENTO POR BENEFÍCIO 17

5. HIPÓTESES ATUARIAIS E PREMISSAS 18

5.1 TÁBUAS BIOMÉTRICAS – HIPÓTESES BIOMÉTRICAS 18
5.2 ALTERAÇÕES FUTURAS NO PERFIL E COMPOSIÇÃO DAS MASSAS - HIPÓTESES DEMOGRÁFICAS 19
5.3 ESTIMATIVAS DE REMUNERAÇÕES E PROVENTOS - HIPÓTESES ECONÔMICAS 19
5.4 TAXA DE JUROS ATUARIAL - HIPÓTESES FINANCEIRAS 20
5.5 ENTRADA EM REGIME PREVIDENCIÁRIO E EM APOSENTADORIA 20
5.6 COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR 21
5.7 COMPENSAÇÃO FINANCEIRA ENTRE REGIMES 22
5.8 DEMAIS PREMISSAS E HIPÓTESES 23
5.9 CONSIDERAÇÕES GERAIS 24

6. ANÁLISE DA BASE CADASTRAL 27

6.1 DADOS FORNECIDOS 27
6.2 SERVIDORES AFASTADOS OU CEDIDOS 28
6.3 ANÁLISE DA QUALIDADE DA BASE CADASTRAL 28
6.4 PREMISSAS ADOTADAS PARA AJUSTE TÉCNICO DA BASE CADASTRAL 31
6.5 RECOMENDAÇÕES PARA A BASE CADASTRAL 32

7. RESULTADO ATUARIAL 33

7.1 BALANÇO ATUARIAL 33
7.2 ATIVOS GARANTIDORES E CRÉDITOS A RECEBER 35
7.3 PLANO DE AMORTIZAÇÃO VIGENTE 35
7.4 PROVISÕES MATEMÁTICAS 35
7.5 COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA – COMPREV 36
7.6 RESULTADO ATUARIAL DA AVALIAÇÃO DE ENCERRAMENTO DO EXERCÍCIO 37
7.7 VALOR ATUAL DAS REMUNERAÇÕES FUTURAS 37

8. CUSTOS E PLANO DE CUSTEIO 38

8.1 VALORES DAS REMUNERAÇÕES E PROVENTOS ATUAIS 38
8.2 CUSTOS E ALÍQUOTAS DE CUSTEIO NORMAL VIGENTES EM LEI 38
8.3 CUSTOS E ALÍQUOTAS DE CUSTEIO NORMAL CALCULADAS POR BENEFÍCIO, E CUSTEIO ADMINISTRATIVO 38
8.4 CUSTOS E ALÍQUOTAS DE CUSTEIO NORMAL, CALCULADAS POR REGIME FINANCEIRO E CUSTEIO ADMINISTRATIVO 39
8.5 CUSTOS E ALÍQUOTAS DE CUSTEIO NORMAL A CONSTAREM EM LEI 39
8.6 SITUAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUSTEIO 39
8.7 SITUAÇÃO DA REGULARIDADE DE REPASSE DE CONTRIBUIÇÃO PATRONAL 40

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

8.8 Evolução das despesas 40
9. EQUACIONAMENTO DO DEFICIT ATUARIAL 41
9.1 Principais causas do deficit atuarial 41
9.2 Cenários com as possibilidades de equacionamento do deficit atuarial 41
9.3 Quadro Comparativo das Opções de Cobertura do Deficit 49
9.4 Viabilidade financeira, fiscal e orçamentária do plano de custeio suplementar 50
10. CUSTEIO ADMINISTRATIVO 56
10.1 Levantamento das despesas administrativas dos últimos 3 anos 56
10.2 Estimativa de despesas administrativas para o próximo exercício 57
10.3 Recomendações de manutenção ou alteração da fonte de custeio das despesas administrativas 57
11. ANÁLISE DO COMPARATIVO DAS ÚLTIMAS AVALIAÇÕES ATUARIAIS 58
11.1 Evolução quantitativa do grupo segurado 59
11.2 Evolução do Patrimônio 59
11.3 Índice de Cobertura 60
12. AVALIAÇÃO E IMPACTOS DO PERFIL ATUARIAL DO RPPS 61
13. PARECER ATUARIAL TRANSCRITO NO DRAA 62
13.1 Fundo em Capitalização 62
14. PARECER ATUARIAL CONCLUSIVO 65
14.1 Indicadores de sustentabilidade do plano 65
14.2 Desempenho do plano de benefícios 65
14.3 Adequação da base cadastral 65
14.4 Adequação das bases técnicas utilizadas 66
14.5 Adequação da metodologia utilizada para determinação do valor da compensação previdenciária a receber e os impactos nos resultados 66
14.6 Plano de custeio a ser implementado em lei 66
14.7 Fatos relevantes 67
14.8 Considerações gerais 67
15. ANEXOS 68

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

1. INTRODUÇÃO

Orientado pela legislação federal vigente e pela do ente federativo, que instituem e regulam o plano de benefícios previdenciários em exame, para se chegar à apresentação da situação do RPPS o estudo parte do recebimento de informações relativas aos participantes, encaminhadas pela unidade gestora do RPPS na forma de base cadastral transmitida por arquivo eletrônico obedecendo a modelo padronizado pela Secretaria da Previdência do Ministério da Previdência Social.

Verifica-se a consistência da base de dados e sua adequação para tratamento estatístico e atuarial. Quando identificada a necessidade de esclarecimento ou complementação, o atuário solicita manifestação da unidade gestora, até que possa considerar aquela base adequada para a continuidade do estudo quanto à atualização, amplitude e consistência da coleção de dados.

Na segunda etapa as características do grupo são organizadas de modo a espelhar a distribuição de servidores ativos, aposentados, pensionistas e dependentes, apresentando-os associados por tipo de fundo formador de reservas, faixa etária, sexo, salários, proventos e pensões, atividade profissional, tempos de trabalho, tempo faltante para aposentadoria, tipo de benefício e outras tabulações de cunho estatístico que permitam a completa caracterização do corpo de segurados para os efeitos desejados pelo estudo. Nesta fase são consideradas as hipóteses e premissas biométricas, demográficas, econômicas e financeiras adotadas em conjunto pelo ente, unidade gestora e atuário e obedientes à regulamentação em vigor.

Finalmente, reúnem-se as informações de ordem financeira e administrativa referentes à estrutura e situação econômica do RPPS, também fornecidas pela unidade gestora em modelo estabelecido pela Secretaria de Previdência, alimentando cálculos voltados ao estabelecimento das dimensões dos compromissos assumidos para com o grupo segurado, confrontando-os com os recursos disponíveis e indicando a situação financeira e atuarial do RPPS.

À vista da situação exposta, será aqui apresentada a perspectiva do avaliador, concluindo por emitir parecer sobre a adequação da base cadastral e das bases técnicas utilizadas no estudo, o grau de sustentabilidade do plano e eventuais recomendações, visando estabelecer o rumo de busca do equilíbrio financeiro e atuarial do RPPS.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

1.1 Objetivo

A presente avaliação atuarial tem por objetivo determinar:

- o nível de contribuição dos segurados e do órgão empregador,
- o Fundo de Previdência necessário à manutenção dos benefícios previdenciários já concedidos e a conceder e
- a Evolução Provável das Despesas e Receitas Previdenciárias demonstrada pelo Fluxo Financeiro-Atuarial.

1.2 Entidades mantenedoras do plano de benefícios

CNPJ	Nome do Órgão
45.324.290/0001-67	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
56.983.778/0001-12	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
10.959.076/0001-00	INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

2. BASE NORMATIVA

As condições, carências e os valores dos benefícios previdenciários assegurados estão de acordo com as principais normas, conforme abaixo:

2.1 Normas gerais

- Emenda Constitucional nº 20, de 15/12/1998
- Emenda Constitucional nº 41, de 19/12/2003
- Emenda Constitucional nº 47, de 05/07/2005
- Emenda Constitucional nº 103, de 13/11/2019
- Lei Complementar nº 178, de 13/01/2021
- Lei Federal nº 9.717, de 27/11/1998
- Lei Federal nº 10.887, de 18/06/2004
- Portaria ME n° 14.762, de 19/06/2020
- Portaria MTP n° 1.467, de 02/06/2022
- Portaria MTP n° 1.837, de 30/06/2022
- Portaria MTP n° 3.803, de 16/11/2022
- Portaria MPS nº 3.289, de 23/08/2023
- Portaria MPS nº 861, de 06/12/2023

2.2 Normas do ente federativo

- Lei Complementar nº 13, de 23/06/2010
- Lei Complementar nº 33, de 01/03/2013
- Lei Complementar nº 50, de 08/03/2016
- Decreto nº 1.940, de 11/09/2017
- Lei Complementar nº 60, de 09/10/2018
- Decreto nº 2.044, de 04/10/2018
- Decreto nº 2.211, de 16/01/2020
- Lei Complementar nº 69, de 22/12/2020
- Lei Complementar nº 73, de 11/11/2021
- Decreto nº 2.525, de 30/11/2021
- Decreto nº 2.605, de 06/06/2022

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

3. PLANO DE BENEFÍCIOS E CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

3.1 Benefícios previdenciários

a. Aposentadoria por Tempo de Contribuição:
Garantia de recebimento de proventos na forma estabelecida na legislação do ente federativo e obedecidas as condições de elegibilidade descritas no item **3.2**.

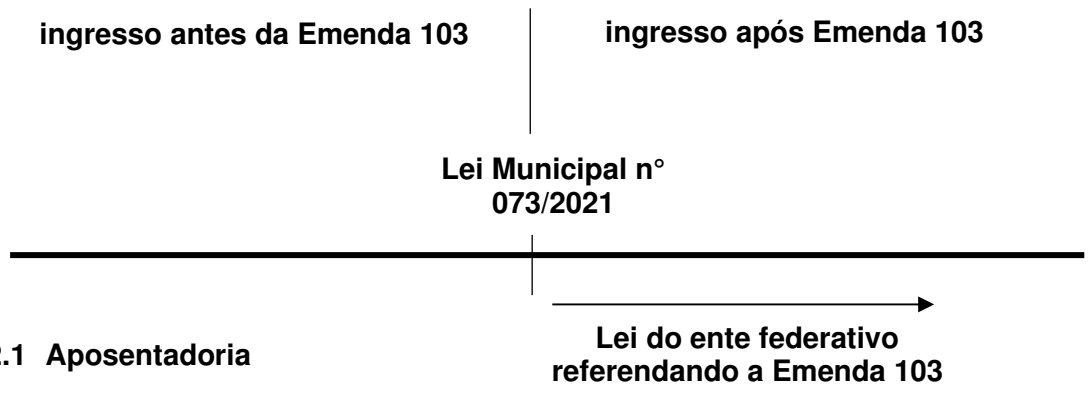
b. Aposentadoria por Idade:
Garantia de recebimento de proventos na forma estabelecida na legislação do ente federativo e obedecidas as condições de elegibilidade descritas no item **3.2**.

c. Aposentadoria por Invalidez / Incapacidade Permanente:
Garantia de recebimento de proventos proporcionais ao tempo de contribuição na forma descrita na legislação do ente federativo, devida ao participante que for considerado incapaz e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade no órgão ou entidade a que se vincule.

d. Pensão por Morte:
Importância mensal conferida ao conjunto de dependentes do servidor ativo ou do aposentado, quando do seu falecimento, calculada na forma definida na legislação do ente federativo, observadas eventuais limitações ao direito à percepção nela estabelecidas e conforme descrito no item **3.2.2**.

3.2 Condições de elegibilidade

Os benefícios de Aposentadoria Voluntária e Aposentadoria Compulsória foram separados em dois grupos de servidores, conforme segue:



3.2.1 Aposentadoria

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

a. Servidor com ingresso até 11/11/2021 – Lei Complementar nº 073/2021

a.1 Alternativa com pontuação

	regra geral	professor
Mulher	**56** anos de idade	**51** anos de idade
	30 anos de contribuição	**25** anos de contribuição em magistério
Homem	**61** anos de idade	**56** anos de idade
	35 anos de contribuição	**30** anos de contribuição em magistério
ambos	**20** anos de serviço público	**20** anos de serviço público
	5 anos no cargo efetivo	**5** anos no cargo efetivo

- **Idade mínima a partir de 01/01/2022**

Mulher	**57** anos	**52** anos
Homem	**62** anos	**57** anos

- **Pontuação:** somatório de idade e tempo de contribuição

	regra geral		professor	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem
2021	86	96	81	91
2022	87	97	82	92
2023	88	98	83	93
2024	89	99	84	94
2025	90	100	85	95
2026	91	101	86	96
2027	92	102	87	97
2028	93	103	88	98
2029	94	104	89	99
2030	95	105	90	100
2031	96	105	91	100

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

2032	97	105	92	100
2033	98	105	92	100
2034	99	105	92	100
2035	100	105	92	100

- **Valor dos proventos**

1) Totalidade da remuneração para o vinculado ao RPPS até 31/12/2003 e não optante pelo regime de previdência complementar, desde que atenda às idades abaixo:

	regra geral	professor
Mulher	**62** anos	**57** anos
Homem	**65** anos	**60** anos

Critério de paridade nos reajustes com os servidores em atividade.

2) Proventos correspondentes a 60% da média aritmética simples de todos os salários do período contributivo desde julho/1994 ou desde o início de contribuição, acrescido de 2 pontos percentuais para cada ano de contribuição que exceder o tempo de 20 anos de contribuição e limitado ao teto do RGPS ao integrado ao regime de previdência complementar, para o servidor não contemplado no subitem **1)**, acima. Benefícios reajustados nos termos estabelecidos para o RGPS.

a.2 Alternativa com <u>tempo adicional</u>

	regra geral	professor
Mulher	**57** anos de idade	**52** anos de idade
	30 anos de contribuição	**25** anos de contribuição em magistério
Homem	**60** anos de idade	**55** anos de idade
	35 anos de contribuição	**30** anos de contribuição em magistério
ambos	**20** anos de serviço público	
	5 anos no cargo efetivo	
	período adicional de **100%** do tempo que faltaria entre 11/11/2021 e o cumprimento do tempo de contribuição: geral Mulher 30 anos, Homem 35; professor Mulher 25, Homem 30	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

➢ **Valor dos proventos**

1) Totalidade da remuneração para o vinculado ao RPPS até 31/12/2003 e não optante pelo regime de previdência complementar.
Critério de paridade nos reajustes com os servidores em atividade.

2) Proventos correspondentes a 60% da média aritmética simples de todos os salários do período contributivo desde julho/1994 ou desde o início de contribuição, acrescido de 2 pontos percentuais para cada ano de contribuição que exceder o tempo de 20 anos de contribuição e limitado ao teto do RGPS ao integrado ao regime de previdência complementar, para o servidor não contemplado no subitem **1)**, acima.
Benefícios reajustados nos termos estabelecidos para o RGPS.

a.3 Servidores já elegíveis a benefício em 11/11/2021: critérios para aposentadoria, cálculo de proventos e forma de reajuste obedecerão ao determinado pela legislação vigente à época do alcance à elegibilidade.

b. Servidor com ingresso posterior à Lei Complementar nº 073, de 11/11/2021

b.1 Servidor na regra geral

	regra geral	professor
Mulher	**62** anos de idade	**57** anos de idade
	30 anos de contribuição	**30** anos de contribuição em magistério
Homem	**65** anos de idade	**60** anos de idade
	35 anos de contribuição	**35** anos de contribuição em magistério
ambos	**10** anos de serviço público	
	5 anos no cargo efetivo	

Cumpridos os tempos mínimos de serviço público e o no cargo efetivo (quadro acima), ao servidor com 65 anos de idade, se homem, e 62, se mulher, independentemente do tempo de contribuição, é garantida a aposentadoria voluntária com proventos proporcionais ao tempo de contribuição.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

c. Aposentadoria por Incapacidade

Mulher ou Homem	incapacidade permanente para o trabalho no cargo em que estiver investido, quando insuscetível de readaptação

d. Aposentadoria compulsória

Mulher ou Homem	**75** anos de idade

e. Exposto a agentes nocivos

Mulher ou Homem	**20** anos de serviço público	
	5 anos no cargo efetivo	
	idade + tempo de contribuição	**tempo de efetiva exposição**
	66 pontos	**15** anos
	76 pontos	**20** anos
	86 pontos	**25** anos

f. Pessoa com deficiência

f.1 Alternativa <u>pelo grau de deficiência</u>

	Mulher	**Homem**	**grau**
Tempo de contribuição	**20** anos	**25** anos	grave
	24 anos	**29** anos	moderada
	28 anos	**33** anos	leve

Tempo de serviço público	**10** anos
Tempo no cargo efetivo	**5** anos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

f.2 Alternativa <u>por idade</u>

	Mulher	Homem
Idade	**55** anos	**60** anos
Tempo de contribuição	**15** anos	
Existência da deficiência	**15** anos	
Tempo de serviço público	**10** anos	
Tempo no cargo efetivo	**5** anos	

- **Valor dos proventos**

1) <u>Referência para remuneração</u>: média aritmética simples dos salários de 100% do período contributivo desde julho/1994 ou desde o início de contribuição, limitada ao valor máximo do salário de contribuição do RGPS para ingressado após a implantação do regime de previdência complementar, ou por quem a ele aderiu.

2) <u>Valor do benefício</u>:

2.a) Regra geral: correspondente a 60% da média obtida acima, acrescida de 2 pontos percentuais para cada ano que exceder o tempo de 20 anos de contribuição.

2.b) Incapacidade <u>não</u> decorrente de acidente de trabalho, doença profissional ou do trabalho: proventos correspondentes a 60% da média descrita no subitem **1)**, acrescida de 2 pontos percentuais para cada ano que exceder o tempo de 20 anos de contribuição.

2.c) Incapacidade decorrente de acidente de trabalho, doença profissional ou do trabalho: proventos correspondentes a 100% da média descrita no subitem **1)**.

2.d) Aposentadoria Compulsória: proventos correspondentes ao resultado da divisão do tempo de contribuição por 20 (limitado a 1 inteiro), multiplicado pelo valor descrito no subitem **2.a)**, ressalvado o caso de cumprimento de requisitos de aposentadoria que resulte em situação mais favorável.

2.e) Exposto a agentes nocivos: correspondente a 60% da média obtida no subitem **1)**, acrescida de 2 pontos percentuais para cada ano que exceder a 15 anos de contribuição para os segurados na faixa de 66 pontos, e que exceder a 20 anos de contribuição para os demais.

2.f) Pessoa com deficiência – pelo critério de grau: proventos correspondentes a 100% da média descrita no subitem **1)**.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

2.g) Pessoa com deficiência – pelo critério de idade: proventos correspondentes a 70% da média aritmética simples dos salários de todo o período contributivo desde julho/1994 ou desde o início de contribuição, acrescido de 1% por grupo de 12 contribuições (limitado a 30%).

3) Reajustes nos termos estabelecidos para o RGPS.

e. Abono de permanência

O servidor que tenha completado os requisitos para obtenção da aposentadoria voluntária e os referentes às condições de elegibilidade e que opte por permanecer em atividade, fará jus a um abono equivalente ao valor da sua contribuição previdenciária, até completar as exigências para aposentadoria compulsória. O pagamento do abono de permanência é de responsabilidade do ente federativo e demais órgão mantenedores do plano de benefícios e será devido a partir do cumprimento dos requisitos de obtenção do benefício, respeitada a prescrição quinquenal.

3.2.2 Pensão por Morte

O valor da pensão será equivalente a uma cota familiar de 50% do valor da aposentadoria recebida pelo servidor, ou daquela que teria direito se fosse aposentado por incapacidade permanente na data do óbito, acrescida de cotas de 10 pontos percentuais por dependente, até o máximo de 100%.

O pagamento da pensão é limitado em função da idade e tipificação do beneficiário, destacando-se a extinção do pagamento para filho aos 18 anos e a limitação da duração do pagamento como segue:

idade do dependente na data do óbito do servidor	duração máxima do benefício
menos de 21 anos	3 anos
entre 21 e 26	6 anos
entre 27 e 29	10 anos
entre 30 e 40	15 anos
entre 41 e 43	20 anos
44 ou mais	vitalícia

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

4. REGIMES FINANCEIROS E MÉTODOS DE FINANCIAMENTO

Segue estrutura utilizada para o cálculo do financiamento dos benefícios, ressaltando que a formulação consta da Nota Técnica Atuarial:

4.1 Regimes financeiros utilizados

a. Regime Financeiro de Capitalização (CAP)

Aplicável à Aposentadoria Especial, Aposentadoria por Idade, Aposentadoria por Tempo de Contribuição e Pensão por Morte de já aposentado.

No regime de Capitalização as taxas de contribuição são determinadas com o objetivo de gerar receitas que, capitalizadas durante a fase ativa dos servidores, produzam os fundos garantidores dos benefícios, quando da aposentadoria.

b. Regime Financeiro de Repartição de Capital de Cobertura (RCC)

Aplicável à Aposentadoria por Incapacidade e Pensão por Morte de servidor ativo e de aposentado por incapacidade.

No regime de Repartição de Capital de Cobertura as taxas de contribuição são determinadas com o objetivo de produzirem receitas, no exercício, equivalentes aos fundos garantidores dos benefícios iniciados no mesmo exercício, não importando que os respectivos pagamentos se estendam aleatoriamente nos meses ou anos subsequentes.

4.2 Método de financiamento utilizado na capitalização

Crédito Unitário Projetado (CUP) **-** método pelo qual se financia o Valor Atual dos Benefícios Futuros, em tantas unidades quantos forem os anos de filiação como ativo que o participante terá ao atingir o direito para recebimento do benefício, considerando os salários projetados com crescimento salarial até a data do benefício.

O método fundamenta-se nos seguintes princípios:

a) O custo anual de cada segurado ativo é determinado pela compra da fração anual do valor de aposentadoria. A fração anual, para cada segurado, é estabelecida com numerador unitário e denominador determinado pelo número de anos completos de trabalho necessários à obtenção do benefício de aposentadoria, utilizando a idade real de início de trabalho.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

b) O custo anual total para o plano corresponde à soma do custo anual de cada segurado ativo, “agregando” todos os segurados.

c) O custo da fração anual da aposentadoria, para cada segurado, aumenta a cada ano na medida em que a concessão do benefício vai se aproximando. No contingente, em seu todo, a elevação do custo do plano a cada ano pode ser minimizada ou até eliminada pela adesão de novos segurados.

Além de seu emprego ser mundialmente disseminado e adotado como mínimo para fundos de pensão e empresas de capital aberto, configurando método reconhecido em demandas judiciais, considera-se a obrigatoriedade do uso do CUP, para fins de evidenciação em balanço patrimonial, com base no item 59 da Norma Brasileira de Contabilidade Técnica Aplicada ao Setor Público 15 (NBC TSP 15) – *Benefícios a Empregados* combinado com item 51 da Instrução de Procedimentos Contábeis 14 (IPC 14) e 9ª edição do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP).

4.3 Resumo dos regimes financeiros e métodos de financiamento por benefício

Benefícios	Regime Financeiro	Método de Financiamento
Aposentadoria por Tempo de Contribuição, Idade e Compulsória	CAP	PUC
Aposentadoria por Invalidez	RCC	-
Pensão por Morte de ativo	RCC	-
Pensão por Morte de aposentado	CAP	PUC
Pensão por Morte de inválido	CAP	PUC

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

5. HIPÓTESES ATUARIAIS E PREMISSAS

A combinação de hipóteses biométricas, demográficas, econômicas e financeiras que serviram de fundamento para o desenvolvimento dos cálculos foi determinada em conjunto pelo ente federativo, gestor do RPPS e atuário, conforme acordo estabelecido em mensagem eletrônica datada de 08/11/2023.

5.1 Tábuas biométricas – hipóteses biométricas

a) Tábua de Mortalidade de Válidos – fase laborativa

Taxas anuais de sobrevivência e mortalidade fornecidas pelas Tábuas Completas de Mortalidade IBGE 2021, distintas para homens e mulheres, disponibilizadas no sítio eletrônico da Secretaria da Previdência e neste relatório apresentadas no **Anexo 10**.

b) Tábua de Mortalidade de Válidos – fase pós-laborativa

Taxas anuais de sobrevivência e mortalidade fornecidas pelas Tábuas Completas de Mortalidade IBGE 2021, distintas para homens e mulheres, disponibilizadas no sítio eletrônico da Secretaria da Previdência e neste relatório apresentadas no **Anexo 10**.

c) Tábua de Mortalidade de Inválidos

Taxas anuais de sobrevivência e mortalidade fornecidas pelas Tábuas Completas de Mortalidade IBGE 2021, distintas para homens e mulheres, disponibilizadas no sítio eletrônico da Secretaria da Previdência e neste relatório apresentadas no **Anexo 10**.

d) Tábua de Entrada em Invalidez

Tábua de entrada em invalidez Álvaro Vindas (Colômbia), neste relatório apresentada no **Anexo 10**.

e) Tábua de Morbidez

Não aplicável a esta avaliação, dado não ser considerada premissa de entrada em doença, tratando-se de recurso apropriado às modalidades de seguro em que se dispõe de questionários médicos e de antecedentes individualizados.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

5.2 Alterações futuras no perfil e composição das massas - hipóteses demográficas

A notação básica a seguir mencionada —detalhadamente descrita na Nota Técnica Atuarial na qual o presente estudo se fundamenta— encontra-se reproduzida no **Anexo 1**.

a) Rotatividade

A taxa anual de rotatividade é estabelecida em função da idade do segurado mediante levantamento estatístico envolvendo um período mínimo de 8 (oito) anos. As taxas encontradas deverão ser limitadas aos seguintes valores:

Idade x	q^x_s
até 50 anos	1,00%
acima de 50 anos	0,00%

b) Expectativa de reposição de segurados ativos

Não será admitida a hipótese de diluição dos custos com a utilização de gerações futuras de servidores. Todavia, o universo de segurados será quantitativamente estático, com a expectativa de reposição dos servidores ativos quando da sua aposentadoria, óbito ou exoneração. A reposição será admitida sempre na proporção de 1:1.

5.3 Estimativas de remunerações e proventos - hipóteses econômicas

a) Taxa real de crescimento da remuneração por mérito e produtividade

- A taxa por mérito será determinada mediante análise da evolução histórica do conjunto de servidores ativos nos últimos 05 (cinco) anos, sendo sempre a taxa:

$$j_1 \geq 1{,}00\% \text{ a.a.}$$

- Para a projeção do crescimento real do salário por produtividade, quando não disponível o histórico dos últimos 5 anos, será utilizado o salário do servidor ativo relativo ao seu cargo ou função no final da carreira funcional, sendo a sua utilização não acumulativa com o crescimento do salário por mérito.

b) Taxa real do crescimento dos proventos

A projeção de crescimento real dos benefícios, quando não disponível o histórico dos últimos 5 anos, será determinada mediante análise da evolução histórica dos proventos de aposentadoria e pensão nos últimos 05 (cinco) anos, comparados com os índices de inflação, sendo sempre:

$$j_2 \geq 0{,}00\% \text{ a.a.}$$

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

5.4 Taxa de Juros Atuarial - hipóteses financeiras

Em conformidade com o disposto na Portaria MTP n° 1.467/2022, a Taxa Real Anual de Juros é definida como a taxa associada à duração do passivo do fundo verificada na avaliação atuarial do exercício anterior (denominada "taxa parâmetro"), tabulada em portaria emitida SPREV.

A duração do passivo corresponde à média dos prazos dos fluxos de pagamentos de benefícios do RPPS, líquidos das contribuições dos aposentados e pensionistas, ponderada pelos valores presentes destes fluxos. O Resultado da Duração do Passivo é apresentado no **Anexo 7**.

Obs. 1: Conforme disposto no art. 3° do Anexo VII da Portaria MTP n° 1.467/2022, é facultado o acréscimo à taxa parâmetro do equivalente a 0,15 (quinze centésimos) pontos percentuais —limitado a 0,60 (sessenta centésimos) — ao RPPS que houver registrado superação da meta atuarial pela rentabilidade da carteira de seus investimentos em cada ano no período entre os 5 últimos exercícios. Tal recurso somente será disponibilizado para Fundos em Capitalização e desde que possuam recursos não inferiores a R$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais).

Obs. 2: A Portaria MTP n° 1.467/2022 (art. 39, § 6°) ainda faculta ao RPPS utilizar taxa inferior a parâmetro, em atenção a critérios de prudência no dimensionamento das provisões matemáticas.

Considerando os recursos disponibilizados nas observações acima e a informação encaminhada pela unidade gestora do RPPS, a taxa a ser utilizada nas projeções atuariais constará no quadro-resumo das principais hipóteses ao final do item **5.9 Considerações Gerais**, adiante.

5.5 Entrada em regime previdenciário e em aposentadoria

a) Idade estimada de ingresso em algum regime previdenciário

Para o tempo de filiação ao RGPS utilizam-se os dados constantes da base cadastral; quando não informado, considera-se como premissa o início da atividade laborativa aos 25 (vinte e cinco) anos, correspondente à média observada dentro do contingente de segurados vinculados ao serviço público.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

b) Idade estimada de entrada em aposentadoria programada

As projeções levam em consideração as informações disponíveis e premissas adotadas relativas aos seguintes aspectos:

b.1) Condições de elegibilidade e regras eventualmente distintas entre permanentes e transitórias, correspondentes ao descrito no item **3.2**.

b.2) Foi considerada a assunção de posição mais conservadora, estabelecendo-se a data da elegibilidade como o momento que produzirá o mais alto valor da provisão matemática, com um diferimento de 18 meses entre o primeiro momento da aposentadoria e o momento provável da aposentadoria, em função da experiência referente ao abono de permanência.

b.3) Segurados ativos considerados como risco iminente, definidos como aqueles que já preencheram todas as condições para começar a receber o benefício de aposentadoria (denominados “Iminentes”).

b.4) Quantitativos referentes às futuras elegibilidades, projetadas a partir das informações da base cadastral ou em decorrência de premissas adotadas, apresentados nos histogramas dos servidores ativos distribuídos por anos para aposentar e remuneração do **Anexo 2**.

5.6 Composição do grupo familiar

Será utilizada a composição real de cada segurado, apurada mediante informação no cadastro. Caso a informação não esteja disponível, será considerado o universo de 60% dos segurados com cônjuge, com composição familiar da seguinte forma:

- Se segurado masculino: cônjuge com 03 anos a menos
- Se segurado feminino: cônjuge com 03 anos a mais
- Filho primogênito: idade da mulher reduzida em 21 anos
- Segundo filho: idade da mulher reduzida em 24 anos

Obs.: quando ocorrer resultado negativo ou superior a 21 anos, não será considerado o filho na composição familiar.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

5.7 Compensação financeira entre regimes

Parte do compromisso da Provisão Matemática vem da compensação financeira entre regimes, decorrente do tempo de contribuição do segurado para outro RPPS ou para o RGPS. Foram consideradas no desenvolvimento deste estudo a responsabilidade que outros regimes têm para com os aposentados e pensionistas e a proporcionalidade do Passivo Atuarial dos servidores de cargos efetivos em atividade.

O modelo fornecido para transmissão da base cadastral solicita informação relativa a valores recebidos a título de Compensação Previdenciária, a serem deduzidos das Provisões Matemáticas de Benefícios Concedidos.

Com relação a quem está em atividade, caso não se disponha de todos os dados para o cálculo da compensação previdenciária a receber, relativamente a toda contagem do tempo anteriormente dedicado ao RGPS, bem como de todos os valores recolhidos, cujo levantamento integral pelos RPPS se mostra frequentemente inviável, e considerando que a projeção da aposentadoria do servidor compõe o tempo dedicado ao RPPS com a eventual dedicação anterior em RGPS, é facultado recorrer ao disposto no art. 34 da Portaria MTP n° 1.467/2022, utilizando no limite o equivalente a 6,00% do Valor Atual dos Benefícios Futuros a Conceder (VABF) como referência para abatimento da Provisão Matemática, conforme progressão a seguir resumida:

valor % aplicado sobre o VABF	Data focal da avaliação
10%	31/12/2019
9%	31/12/2020
8%	31/12/2021
7%	31/12/2022
6%	31/12/2023
5%	31/12/2024 e próximas

Vale ressaltar que a eventual indisponibilidade de dados completos para cálculo da compensação previdenciária a receber não configura inconsistência imputável à base cadastral, dada a escassez de tal bagagem informacional dentre os RPPS brasileiros, justificando a liberação do recurso oferecido pela Secretaria de Previdência descrito na Portaria MTP n° 1.467/2022, acima mencionado.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

5.8 Demais premissas e hipóteses

a) Fator de determinação do valor real ao longo do tempo das remunerações e proventos

a.1) Fator de determinação do valor real ao longo do tempo dos salários

A perda da capacidade salarial no decurso do ano, em razão do efeito anual inflacionário, será determinada pela metade da média da inflação retroativa aos últimos 3 (três) anos, medida pelo INPC, sendo sempre: $0{,}97 \leq \gamma_1 \leq 1{,}00$

a.2) Fator de determinação do valor real ao longo do tempo dos benefícios

A perda da capacidade dos benefícios de prestação continuada no decurso do ano, em razão do efeito anual inflacionário, será determinada pela metade da média da inflação retroativa aos últimos 3 (três) anos, medida pelo INPC, sendo sempre: $0{,}97 \leq \gamma_2 \leq 1{,}00$

b) Benefícios a conceder com base na média das remunerações ou com base na última remuneração

Os valores dos benefícios serão determinados conforme disposto no item **3.2**.

c) Estimativa do crescimento real do teto de contribuição do RGPS

A avaliação atuarial não considera crescimento real do teto de contribuição para efeito de realização dos cálculos das projeções, dada a imprevisibilidade em torno de medida dependente de decisão governamental.

d) Influência de Previdência Complementar

O valor da remuneração mensal estará limitado ao teto do salário de benefício adotado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), aplicável somente para os segurados cujo ingresso se deu após a implantação do sistema complementar.

Tal limitação acarreta a redução nas provisões matemáticas em relação a valores acima do teto do RGPS, também resultando em economia para a contribuição patronal, cuja alíquota não excederá a do participante, ainda havendo que considerar que nem todos os elegíveis aderirão ao programa.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

5.9 Considerações gerais

A prática de taxas de juros decrescentes implementada pelo vigor da Portaria MF nº 464/2018, até os estudos atuariais posicionados em dezembro de 2021, acarretou aumento das provisões matemáticas para todos os RPPS, consequência de menor desconto aplicado ao montante correspondente à responsabilidade do plano de benefícios para com seus participantes, quando trazido a valor presente. A partir da vigência da Portaria MTP n° 1.467/2022, com a determinação da taxa parâmetro associada à possibilidade de acréscimos percentuais em função de superação da meta atuarial pela rentabilidade das aplicações financeiras nos 5 últimos exercícios, permitiu-se praticar taxa de juros mais favorável ao cálculo das provisões matemáticas, reduzindo a pressão sobre o compromisso do fundo.

À exceção da renovação na utilização de tábuas de mortalidade —alteradas em função da publicação de tábuas anualmente elaboradas pelo IBGE—, bem como da taxa real de juros determinada conforme estabelecido nas Portarias MTP n° 1.467/2022 e n° 1.837/2022, não houve alterações significativas nas hipóteses e premissas.

Figuram entre as hipóteses geradoras de maior impacto para o resultado atuarial:

- Todo o grupo coberto pelo plano de benefícios envelhece um ano a cada avaliação, impactando os cálculos em que há consideração etária.
- Previamente ao advento da pandemia do Covid-19, as tábuas de mortalidade —onde se inserem as utilizadas no presente estudo— apresentavam alongamento da expectativa de vida dos brasileiros, também produzindo efeito direto no aumento da responsabilidade do plano.
- A passagem de cada ano encurta o prazo disponível para que o fundo de previdência responda pela obrigação com cada participante; assim, quando calculado o valor que deve estar reservado para um participante que está um ano mais próximo da aposentadoria, este será maior que aquele calculado no ano anterior.
- Ritmo de crescimento relativo entre o patrimônio e a provisão matemática.
- Efeitos da adesão ao regime de previdência complementar.
- Efeitos da adoção dos parâmetros de elegibilidade e pagamento de benefícios preconizados pela Emenda Constitucional n° 103/2019.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

A base técnica que dá forma ao estudo a seguir foi construída a partir da bagagem de informação encaminhada pela unidade gestora do RPPS, entendida como espelho da política de gestão de pessoal do ente federativo.

Segue apresentação resumida, visando facilitar o acompanhamento da evolução da sistemática de cálculo, mediante confronto dos principais fundamentos utilizados para o ano-base em exame e o anterior:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

<table>
<tr><th>HIPÓTESES BIOMÉTRICAS</th><th>DRAA 2023 - base dez/2022</th><th>DRAA 2024 - base dez/2023</th></tr>
<tr><td>Tábua de Entrada em Invalidez</td><td>Alvaro Vindas</td><td>Alvaro Vindas</td></tr>
<tr><td>Tábua de Mortalidade de Inválidos</td><td>Tábuas de Mortalidade Extrapoladas - IBGE 2020 - Separadas por sexo</td><td>Tábuas de Mortalidade Extrapoladas - IBGE 2021 - Separadas por sexo</td></tr>
<tr><td>Tábua de Mortalidade Geral</td><td>Tábuas de Mortalidade Extrapoladas - IBGE 2020 - Separadas por sexo</td><td>Tábuas de Mortalidade Extrapoladas - IBGE 2021 - Separadas por sexo</td></tr>
<tr><td>Tábua de Morbidez</td><td>não aplicável</td><td>não aplicável</td></tr>
<tr><th>HIPÓTESES DEMOGRÁFICAS</th><th>DRAA 2023 - base dez/2022</th><th>DRAA 2024 - base dez/2023</th></tr>
<tr><td>Composição da Família de Servidores e Aposentados</td><td>pelo real</td><td>pelo real</td></tr>
<tr><td>Entrada em Aposentadoria</td><td>pelo real</td><td>pelo real</td></tr>
<tr><td>Geração Futura de Novos Entrantes</td><td>pelo banco de dados, com reposição de 1:1</td><td>pelo banco de dados, com reposição de 1:1</td></tr>
<tr><td>Rotatividade / "Turn-over"</td><td>Em relação ao vínculo de emprego
<table><tr><th>Idade x</th><th>q_x^s Calculado</th></tr><tr><td>Até 25</td><td>1%</td></tr><tr><td>De 26 a 30</td><td>1%</td></tr><tr><td>De 31 a 40</td><td>1%</td></tr><tr><td>De 41 a 50</td><td>1%</td></tr><tr><td>De 51 a 60</td><td>0%</td></tr><tr><td>Acima de 60</td><td>0%</td></tr></table></td><td>Em relação ao vínculo de emprego
<table><tr><th>Idade x</th><th>q_x^s Calculado</th></tr><tr><td>Até 25</td><td>1%</td></tr><tr><td>De 26 a 30</td><td>1%</td></tr><tr><td>De 31 a 40</td><td>1%</td></tr><tr><td>De 41 a 50</td><td>1%</td></tr><tr><td>De 51 a 60</td><td>0%</td></tr><tr><td>Acima de 60</td><td>0%</td></tr></table></td></tr>
<tr><th>HIPÓTESES ECONÔMICAS</th><th>DRAA 2023 - base dez/2022</th><th>DRAA 2024 - base dez/2023</th></tr>
<tr><td>Inflação Futura</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td></tr>
<tr><td>Projeção de Crescimento Real dos Salários</td><td>1,00% a.a.</td><td>1,00% a.a.</td></tr>
<tr><td>Projeção de Crescimento Real dos Benefícios</td><td>0,00% a.a.</td><td>0,00% a.a.</td></tr>
<tr><td>Indexador</td><td>Considerando que as correções salariais negociadas pelas associações da classe/sindicatos são baseadas no IPCA, sugerimos que seja adotado no sistema previdenciário o mesmo indexador</td><td>Considerando que as correções salariais negociadas pelas associações da classe/sindicatos são baseadas no IPCA, sugerimos que seja adotado no sistema previdenciário o mesmo indexador</td></tr>
<tr><td colspan="3">Fator de Determinação do:</td></tr>
<tr><td>Valor Real ao Longo do Tempo dos Salários</td><td>0,98</td><td>0,98</td></tr>
<tr><td>Valor Real ao Longo do Tempo dos Benefícios</td><td>0,98</td><td>0,98</td></tr>
<tr><th>HIPÓTESE FINANCEIRA</th><th>DRAA 2023 - base dez/2022</th><th>DRAA 2024 - base dez/2023</th></tr>
<tr><td>Taxa Real Anual de Juros</td><td>Fundo em Capitalização: 5,28% a.a.</td><td>Fundo em Capitalização: 4,82% a.a.</td></tr>
</table>

6. ANÁLISE DA BASE CADASTRAL

6.1 Dados fornecidos

Os dados cadastrais referentes aos participantes do plano de benefícios, bem como as informações relativas à estrutura e finanças do ente e do RPPS, foram enviados pelo gestor do RPPS sob a forma de planilha eletrônica em conformidade com modelo estabelecido pela Secretaria de Previdência.

Os dados de servidores ativos, aposentados, pensionistas e dependentes foram recebidos de maneira satisfatória, atendendo às principais informações, como salários, proventos, pensões, mês e ano de nascimento do segurado, cônjuge, filhos, tempo de serviço público etc.

O conjunto original de dados cadastrais recebidos e o resultante após o tratamento crítico assim se apresentam:

Segurados	Enviados	Excluídos	Calculados
Ativos	811	5	806
Aposentados	355	0	355
Pensionistas	69	0	69

A distribuição de servidores ativos, aposentados e pensionistas encontra-se tabulada no **Anexo 2**.

Os cadastros de segurados fornecidos apresentaram inconsistências, conforme segue:

Segurados	Inconsistência encontrada	Quantidade
Ativos	vencimento abaixo do mínimo	12
Aposentados	vencimento abaixo do mínimo	2
Pensionistas	matrícula em branco	1
Dependentes	data de nascimento incorreta	1

Foram excluídos 05 servidores ativos gerados incorretamente. As demais inconsistências apontadas foram corrigidas ou esclarecidas pelo RPPS.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Convém reiterar o observado no item **5.7**, frisando que a eventual indisponibilidade de dados completos para cálculo da compensação previdenciária a receber não configura inconsistência imputável à base cadastral, dada a escassez de tal bagagem informacional dentre os RPPS brasileiros, justificando a liberação do recurso previsto no Anexo VI da Portaria MTP n° 1.467/2022, que permite utilizar um determinado percentual do Valor Atual dos Benefícios Futuros a Conceder como referência para abatimento da Provisão Matemática.

6.2 Servidores afastados ou cedidos

Todos os servidores constantes da base cadastral foram considerados nas projeções atuariais, inclusive eventuais casos identificados como afastados, cedidos ou outras designações categorizadas no leiaute estabelecido pela Secretaria de Previdência, entendendo-se garantida sua cobertura pelo plano de benefícios.

6.3 Análise da qualidade da base cadastral

O cadastro recebido foi submetido a testes críticos e as inconsistências detectadas foram corrigidas ou esclarecidas pelo RPPS/ente, resultando em base de dados considerada suficientemente completa, consistente e adequada à análise técnica atuarial, em conformidade com o disposto na Portaria MTP n° 1.467/2022, relativamente aos requisitos de atualização, amplitude e consistência. A competência da base cadastral é **31/12/2023**.

a) Atualização da base cadastral

Segurados	Data do último recenseamento	% de cobertura
Ativos	31/10/2023	100%
Aposentados	31/10/2023	100%
Pensionistas	31/10/2023	100%

b) Amplitude da base cadastral

Segurados	% da população coberta	% da população coberta em relação aos órgãos e entidades
Ativos	100%	100%
Aposentados	100%	100%
Pensionistas	100%	100%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

c) Consistência

A avaliação da consistência da base segue um processo de crítica orientada para identificar lapsos ou prováveis desvios de informação que possam comprometer a adequada análise e medição da responsabilidade do plano de benefícios para com o grupo de participantes, sinalizando ao RPPS a necessidade de esclarecimento.

Verificada a adequação da base cadastral recebida ao modelo de planilha eletrônica estabelecido pela Secretaria de Previdência, confere-se o preenchimento de cada campo, verificando se há não preenchidos ou preenchidos com códigos não compatíveis com a padronização determinada no modelo. Também é detectada eventual duplicidade (exemplo: matrícula repetida).

Os principais aspectos verificados referem-se a:

- campos não preenchidos;
- formatação de valores ou datas em desacordo com o estabelecido no modelo;
- data de corte na separação de planos;
- identificação de professores na população coberta;
- comparação do estado civil do servidor ativo com dados de cônjuge;
- idade de servidor ativo abaixo de 18 e acima de 75 anos;
- comparação da data de nascimento do servidor ativo com data de ingresso no ente;
- salários/benefícios zerados;
- comparação da data de ingresso do servidor ativo no ente com data de nascimento;
- verificação da base de cálculo mensal do servidor ativo quanto a valores zerados, abaixo do salário-mínimo ou acima do teto específico;
- quantidades aparentemente excessivas de dependentes do servidor ativo;
- cônjuge menor de idade de servidor ativo;
- data de início de abono de permanência;
- comparação da idade do aposentado com tempo de contribuição e tipo de aposentadoria;
- comparação do estado civil do aposentado com dados de cônjuge;
- idade de aposentado abaixo de 18 anos;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

- comparação da data de nascimento do aposentado com data de ingresso no ente;
- comparação da data de início do benefício de aposentadoria com data de nascimento;
- comparação do valor mensal do benefício de aposentadoria com salário-mínimo vigente;
- valores de benefício de aposentadoria muito altos;
- comparação do valor mensal de compensação previdenciária com valor do benefício;
- indicação de paridade com servidores ativos;
- quantidades aparentemente excessivas de dependentes do aposentado;
- data de nascimento do cônjuge do aposentado - menores de idade;
- comparação de data de início de recebimento de pensão com data de nascimento de pensionista;
- comparação de valor de pensão com data de nascimento de pensionista;
- duração do benefício.

A mensuração da qualidade da base cadastral é representada na tabulação dos principais dados do grupo de participantes, conforme segue:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Segurados	Descrição	Consistência %	Completude %
ATIVOS	Identificação do Segurado Ativo	76-100	76-100
	Sexo	76-100	76-100
	Estado Civil	76-100	76-100
	Data de Nascimento	76-100	76-100
	Data de Ingresso no Ente	76-100	76-100
	Identificação do Cargo Atual	76-100	76-100
	Base de Cálculo (Remuneração de Contribuição)	76-100	76-100
	Tempo de Contribuição para o RGPS	76-100	76-100
	Tempo de Contribuição para Outros RPPS	76-100	76-100
	Data de Nascimento do Cônjuge	76-100	76-100
	Número de Dependentes	76-100	76-100
APOSENTADOS	Identificação do Aposentado	76-100	76-100
	Sexo	76-100	76-100
	Estado Civil	76-100	76-100
	Data de Nascimento	76-100	76-100
	Data de Nascimento do Cônjuge	76-100	76-100
	Data de Nascimento do Dependente Mais Novo	76-100	76-100
	Valor do Benefício	76-100	76-100
	Condição do Aposentado (válido ou inválido)	76-100	76-100
	Tempo de Contribuição para o RPPS	76-100	76-100
	Tempo de Contribuição para Outros Regimes	76-100	76-100
	Valor Mensal da Compensação Previdenciária	76-100	76-100
	Número de Dependentes	76-100	76-100
PENSÕES	Identificação do Pensão	76-100	76-100
	Número de Pensionistas	76-100	76-100
	Sexo do Pensionista Principal	76-100	76-100
	Data de Nascimento	76-100	76-100
	Valor do Benefício	76-100	76-100
	Condição do Pensionista (válido ou inválido)	76-100	76-100
	Duração do Benefício (vitalício ou temporário)	76-100	76-100

6.4 Premissas adotadas para ajuste técnico da base cadastral

Não é produzida qualquer adequação do banco de dados por iniciativa do atuário, significando que todo cálculo é realizado a partir de dados fornecidos pelo RPPS/ente.

Quando a informação está incompleta e/ou incorreta, a crítica é encaminhada até a plena correção dos dados, ou seja, os resultados apurados refletem a imagem apresentada pelo banco de dados originado e eventualmente adequado exclusivamente pelo RPPS/ente.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Eventuais intervenções se limitam à área em que há permissão concedida pela Portaria MTP n° 1.467/2022 e consignada na Nota Técnica Atuarial para se adotar bases estatísticas conhecidas quando não se dispõe de informação consistente relativa a tempo de dedicação anterior em RGPS, percentual de segurados com cônjuges ou datas de nascimento de cônjuges e dependentes.

6.5 Recomendações para a base cadastral

Vale ressaltar a importância da manutenção de uma base cadastral atualizada, possibilitando a melhoria da gestão dos dados que caracterizam a população de beneficiários, prática exigida pela Lei Federal n° 10.887/2004, que estabelece a realização de recenseamento previdenciário abrangendo todos os aposentados e pensionistas, no mínimo a cada 5 anos.

Independentemente, é recomendado o recadastramento anual dos beneficiários, visando à comprovação de vida, de modo a evitar pagamentos indevidos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

7. RESULTADO ATUARIAL

Resultado Atuarial é a dimensão básica da situação do plano de benefícios, obtida pelo confronto dos recursos disponíveis com os compromissos assumidos.

Os recursos são representados pelo Patrimônio (Ativos Garantidores dos Compromissos do Plano de Benefícios) e pelas receitas provenientes da injeção de valores destinados pelo ente federativo a título de Cobertura de Insuficiência Financeira.

Os compromissos são demonstrados pelo Passivo Atuarial, grandeza também denominada Provisão Matemática, representada pelo valor atual daqueles compromissos do RPPS com os servidores ativos, aposentados e pensionistas, menos o valor atual das receitas de contribuições dos segurados e órgãos empregadores.

Da comparação entre o Patrimônio e a Provisão Matemática podem resultar três situações:

- Patrimônio **maior** que a Provisão Matemática**:** a relação é positiva e o resultado é denominado “Superavit Técnico”.
- Patrimônio **igual** à Provisão Matemática**:** a situação é de equilíbrio, apresentando resultado nulo.
- Patrimônio **menor** que a Provisão Matemática**:** a relação mostra insuficiência e o resultado é denominado “Deficit Técnico”.

7.1 Balanço Atuarial

Segue tabulação de valores calculados com as alíquotas vigentes na data focal da avaliação:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Descrição	Alíquota normal vigente em lei
Alíquota Normal (patronal + servidor) (A)	36,05%
Desconto das alíquotas dos benefícios calculados por RS, RCC e taxa de adm. (B)	10,33%
Alíquota Normal por regime de capitalização para apuração dos resultados atuariais (C = A - B)	25,72%

Descrição	Valores com alíquotas vigentes
ATIVOS GARANTIDORES DOS COMPROMISSOS DO PLANO DE BENEFÍCIOS	48.632.139,03
Aplicações em Segmento de Renda Fixa - RPPS	10.625.753,11
Aplicações em Segmento de Renda Variável - RPPS	0,00
Aplicações em Segmento Imobiliário - RPPS	0,00
Aplicações em Enquadramento - RPPS	0,00
Títulos e Valores Não Sujeitos ao Enquadramento - RPPS	0,00
Demais Bens, Direitos e Ativos	38.006.385,92
PROVISÃO MATEMÁTICA - TOTAL	327.230.428,43
Provisão Matemática de Benefícios Concedidos - PMBC	211.418.447,57
Valor Atual dos Benefícios Futuros - Concedidos	212.358.253,68
(-) Valor Atual das Contribuições Futuras - Concedidos (Ente)	0,00
(-) Valor Atual das Contribuições Futuras - Concedidos (Servidores)	939.806,11
Provisão Matemática de Benefícios a Conceder - PMBaC	115.811.980,86
Valor Atual dos Benefícios Futuros - a Conceder	216.280.467,79
(-) Valor Atual das Contribuições Futuras - a Conceder (Ente)	61.451.598,80
(-) Valor Atual das Contribuições Futuras - a Conceder (Servidores)	39.016.888,13
AJUSTE DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS E A CONCEDER REFERENTE À COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA	-12.976.828,07
Valor Atual da Compensação Previdenciária a Pagar - Benefícios Concedidos	0,00
(-) Valor Atual da Compensação Previdenciária a Receber - Benefícios Concedidos	0,00
Valor Atual da Compensação Previdenciária a Pagar - Benefícios a Conceder	0,00
(-) Valor Atual da Compensação Previdenciária a Receber - Benefícios a Conceder	12.976.828,07
RESULTADO ATUARIAL	-265.621.461,33
Superavit	0,00
Reserva de Contingência	0,00
Reserva para Ajuste do Plano	0,00
Deficit	-265.621.461,33
Deficit Equacionado	-195.954.574,17
Valor Atual do Plano de Amortização do Deficit Atuarial estabelecido em lei	-195.954.574,17
Valor Atual da Cobertura de Insuficiência Financeira	0,00
Deficit Atuarial a Equacionar	-69.666.887,16
Valor Atual das Remunerações Futuras	390.623.977,16

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

7.2 Ativos garantidores e créditos a receber

Os ativos garantidores dos compromissos do plano de benefícios na data-base da presente avaliação atuarial estão discriminados da seguinte maneira:

Ativos Garantidores dos Compromissos do Plano de Benefícios	R$	%
Aplicações em Segmento de Renda Fixa - RPPS	10.625.753,11	21,85%
Aplicações em Segmento de Renda Variável - RPPS	-	0,00%
Aplicações em Segmento Imobiliário - RPPS	-	0,00%
Aplicações em Enquadramento - RPPS	-	0,00%
Títulos e Valores Não Sujeitos ao Enquadramento - RPPS	-	0,00%
Demais Bens, Direitos e Ativos	38.006.385,92	78,15%
TOTAL	**48.632.139,03**	**100,00%**

7.3 Plano de amortização vigente

O atual plano de amortização do deficit atuarial, vigente na legislação municipal, está definido conforme segue:

Ano	Aportes
2024	8.661.692,19
2025	10.752.298,73
2026 a 2049	13.918.733,90

Para o cálculo do Valor Atual do Plano de Amortização do Deficit Atuarial estabelecido em lei é utilizada a taxa de juros atuarial desta avaliação atuarial, descrita no item **5.4**.

Lei Vigente	Valor Atual do Plano de Amortização
Decreto n 2605/2022	195.954.574,17

7.4 Provisões Matemáticas

O cálculo do Passivo Atuarial, doravante denominado Provisão Matemática, é elaborado sobre duas massas de segurados:

- A primeira, composta pelos segurados que já estão recebendo o benefício de prestação continuada, configurando a Provisão Matemática de Benefícios Concedidos.
- A segunda, composta pelos segurados que ainda não estão recebendo o benefício de prestação continuada, caracterizando a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

7.4.1 Provisões Matemáticas de Benefícios Concedidos

BENEFÍCIOS CONCEDIDOS	VABF	VACF	PROVISÃO MATEMÁTICA
Aposentadorias	192.872.943,32	938.950,91	191.933.992,41
Pensões	19.485.310,36	855,20	19.484.455,16
SUBTOTAL	**212.358.253,68**	**939.806,11**	**211.418.447,57**

7.4.2 Provisões Matemáticas de Benefícios a Conceder

BENEFÍCIOS A CONCEDER	VABF	VACF	PROVISÃO MATEMÁTICA
Servidores Ativos	216.280.467,79	100.468.486,93	115.811.980,86
SUBTOTAL	**216.280.467,79**	**100.468.486,93**	**115.811.980,86**

7.4.3 Provisões Matemáticas Totais

BENEFÍCIOS	VABF	VACF	PROVISÃO MATEMÁTICA
Concedidos	212.358.253,68	939.806,11	211.418.447,57
a Conceder	216.280.467,79	100.468.486,93	115.811.980,86
TOTAL	**428.638.721,47**	**101.408.293,04**	**327.230.428,43**

7.5 Compensação Previdenciária – COMPREV

7.5.1 Compensação Financeira dos Benefícios Concedidos

Benefícios Concedidos	R$	-
Compensação a receber		-
Compensação a pagar		-

7.5.2 Compensação Financeira dos Benefícios a Conceder

Benefícios a Conceder	R$	12.976.828,07
Compensação a receber		12.976.828,07
Compensação a pagar		-

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

7.6 Resultado Atuarial da Avaliação de Encerramento do Exercício

RESULTADO ATUARIAL	R$
Ativos Garantidores do Plano	48.632.139,03
Provisões Matemáticas	327.230.428,43
Compensação Previdenciária	12.976.828,07
RESULTADO ATUARIAL	**- 265.621.461,33**

RESULTADO ATUARIAL	Valores com as alíquotas vigentes
Superavit	0,00
Reserva de Contingência	0,00
Reserva para Ajuste do Plano	0,00
Deficit	-265.621.461,33
Deficit Equacionado:	-195.954.574,17
Valor Atual do Plano de Amortização do Deficit Atuarial estabelecido em lei	-195.954.574,17
Valor Atual da Cobertura de Insuficiência Financeira	0,00
Deficit Atuarial a Equacionar	-69.666.887,16

7.7 Valor Atual das Remunerações Futuras

É o valor presente atuarial do fluxo das futuras remunerações dos segurados do plano, considerando as bases técnicas indicadas na Nota Técnica Atuarial e os preceitos da Ciência Atuarial.

Valor Atual das Remunerações Futuras	390.623.977,16

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

8. CUSTOS E PLANO DE CUSTEIO

Os custos dos benefícios previdenciários a serem suportados pelo fundo de previdência foram calculados com base nos regimes atuariais explicitados no capítulo **4** e os resultados assim se apresentam:

8.1 Valores das remunerações e proventos atuais

Categorias	Valor Mensal - Estatística da População Coberta (R$)	Valores Anuais
Total das remunerações de contribuição dos servidores ativos	2.600.012,73	33.800.165,49
Total das parcelas dos proventos de aposentadoria que superam o limite máximo do RGPS	48.863,09	635.220,17
Total das parcelas dos proventos de pensões que superam o limite máximo do RGPS	194,84	2.532,92
TOTAL	**2.649.070,66**	**34.437.918,58**

8.2 Custos e alíquotas de custeio normal vigentes em lei

Categoria	Valor Anual da Base de Cálculo (R$)	Alíquota Vigente	Valor da Contribuição Esperada com Alíquotas Vigentes
Ente Federativo	33.800.165,49	18,45%	6.236.130,53
Taxa de Administração	33.800.165,49	3,60%	1.216.805,96
Aporte Anual para Custeio das Despesas Administrativas	-	-	-
Ente Federativo - Total	33.800.165,49	22,05%	7.452.936,49
Segurados Ativos	33.800.165,49	14,00%	4.732.023,17
Aposentados	635.220,17	14,00%	88.930,82
Pensionistas	2.532,92	14,00%	354,61
TOTAL		**36,05%**	**12.274.245,09**

8.3 Custos e alíquotas de custeio normal calculadas por benefício, e custeio administrativo

Benefícios	Regime Financeiro	Custo Anual Previsto (R$)	Alíquota Normal Calculada
Aposentadoria por Tempo de Contribuição, Idade e Compulsória	CAP	7.446.176,46	22,03%
Aposentadoria por Invalidez	RCC	686.143,36	2,03%
Pensão por Morte de ativo	RCC	1.588.607,78	4,70%
Pensão por Morte de aposentado	CAP	304.201,49	0,90%
Pensão por Morte de inválido	CAP	13.520,07	0,04%
Alíquota Administrativa	-	1.216.805,96	3,60%
Alíquota TOTAL	-	**11.255.455,11**	**33,30%**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

8.4 Custos e alíquotas de custeio normal, calculadas por regime financeiro e custeio administrativo

Regime Financeiro	Custo Anual Previsto (R$)	Alíquota Normal Calculada
Capitalização	7.763.898,01	22,97%
Repartição de Capitais de Cobertura	2.274.751,14	6,73%
Repartição Simples	-	0,00%
Custeio Administrativo	1.216.805,96	3,60%
Alíquota TOTAL	**11.255.455,11**	**33,30%**

8.5 Custos e alíquotas de custeio normal a constarem em lei

Categoria	Valor Anual da Base de Cálculo (R$)	Alíquota Definida na Avaliação (%)	Valor da Contribuição Esperada
Ente Federativo	33.800.165,49	18,45%	6.236.130,53
Taxa de Administração	33.800.165,49	3,60%	1.216.805,96
Aporte Anual para Custeio das Despesas Administrativas	-	-	-
Ente Federativo - Total	33.800.165,49	22,05%	7.452.936,49
Segurados Ativos	33.800.165,49	14,00%	4.732.023,17
Aposentados	635.220,17	14,00%	88.930,82
Pensionistas	2.532,92	14,00%	354,61
TOTAL		**36,05%**	**12.274.245,09**

Aposentados e pensionistas contribuirão sobre o excedente ao teto do RGPS.

8.6 Situação da implementação do plano de custeio

8.6.1 Custeio Normal

De acordo com informação recebida da unidade gestora do RPPS, o plano de custeio normal estabelecido na avaliação anterior foi implementado em lei do ente federativo dentro do ano-base a que se refere o presente estudo.

8.6.2 Custeio Suplementar

De acordo com informação recebida da unidade gestora do RPPS, o plano de custeio suplementar estabelecido na avaliação anterior foi implementado em lei do ente federativo dentro do ano-base a que se refere o presente estudo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

8.7 Situação da regularidade de repasse de contribuição patronal

De acordo com informação recebida da unidade gestora do RPPS, o ente federativo se encontra **adimplente**, com relação às **Contribuições Normais**, bem como às **Contribuições Suplementares** referentes ao ano-base em exame.

8.8 Evolução das despesas

O comportamento das despesas no Fundo em Capitalização ainda mostra a influência da carga produzida pelo aumento no número de servidores em atividade e aposentados, agravada pelo crescimento das bases de cálculo salariais e dos proventos de aposentadoria.

O fator preponderante para a diferença entre estimado e executado toma forma na não ocorrência de aposentadorias programadas e pensões por morte tidas como possíveis para o ano. Convém frisar que estimativas de despesas consideram o peso dos iminentes, aqueles elegíveis que podem não requerer imediatamente a aposentadoria, em atendimento à orientação emanada da Secretaria de Previdência, indicando assumir postura conservadora no cálculo das provisões matemáticas, em favor da segurança do sistema.

A variação no Fundo em Capitalização também reflete a influência da incorporação de tempo de contribuição quando o segurado atinge a elegibilidade à aposentadoria.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

9. EQUACIONAMENTO DO DEFICIT ATUARIAL

9.1 Principais causas do deficit atuarial

O resultado deficitário é consequente de:

- Crescimento do fundo de previdência em ritmo menos acelerado que o das provisões matemáticas.
- Crescimento das provisões matemáticas devido à diminuição do tempo que falta para que cada participante atinja a elegibilidade à aposentadoria.
- Crescimento das provisões matemáticas devido a incremento salarial em função de bonificações, especialmente àqueles que tenham mais tempo de serviço.
- Crescimento das provisões matemáticas devido a incremento em proventos de aposentadoria.
- Alteração na aplicação de tábuas de mortalidade atualizadas, cuja renovação anual reflete o incremento na expectativa de vida dos participantes, gerando aumento da responsabilidade do plano de benefícios.

9.2 Cenários com as possibilidades de equacionamento do deficit atuarial

Conforme exposto no Sumário Executivo, a situação financeira e atuarial do Fundo em Capitalização assim se resume:

RESULTADO ATUARIAL		R$
Ativos Garantidores do Plano		48.632.139,03
Provisões Matemáticas		327.230.428,43
Compensação Previdenciária		12.976.828,07
RESULTADO ATUARIAL	-	**265.621.461,33**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

RESULTADO ATUARIAL	Valores com as alíquotas vigentes
Superavit	0,00
Reserva de Contingência	0,00
Reserva para Ajuste do Plano	0,00
Deficit	-265.621.461,33
Deficit Equacionado:	-195.954.574,17
Valor Atual do Plano de Amortização do Deficit Atuarial estabelecido em lei	-195.954.574,17
Valor Atual da Cobertura de Insuficiência Financeira	0,00
Deficit Atuarial a Equacionar	-69.666.887,16

A insuficiência do plano de amortização em curso exige revisão, nos moldes do estabelecido pela Portaria MTP n° 1.467/2022, uma vez respeitadas as condições estabelecidas no art. 39 do seu Anexo VI, quanto à viabilidade de se deduzir o Limite de Deficit Atuarial (LDA) do valor do deficit atuarial apurado na avaliação, aí incluída a consideração do recurso oferecido pelo disposto no art. 45 desse Anexo, de modo que a adequação do plano de amortização possa ser promovida gradualmente.

Os fluxos de pagamentos a seguir demonstrados ainda consideram as condições estabelecidas pelo disposto no art. 65 da Portaria n° 1.467/2022, que impede a redução de valores a nível abaixo do repasse total (alíquota normal e suplementar e/ou aporte suplementar) atualmente aprovado pela legislação do ente.

9.2.1 Cenário I – Sem a utilização do Limite de Deficit Atuarial

A cobertura do deficit técnico total pode ser feita por intermédio de **aportes anuais fixos** (ou a correspondente alíquota), no valor de **R$ 15.855.259,32** e pelo prazo de **35 anos** cujo fluxo de pagamentos segue demonstrado:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

DEFICIT A AMORTIZAR PMBC + PMBaC						
ANO	SALDO INICIAL	OPÇÃO EM ALÍQUOTA	OPÇÃO EM APORTE	AMORTIZAÇÃO	JUROS	SALDO FINAL
2024	265.621.461,33	46,91%	15.855.259,32	3.052.304,88	12.802.954,44	262.569.156,45
2025	262.569.156,45	46,91%	15.855.259,32	3.199.425,98	12.655.833,34	259.369.730,47
2026	259.369.730,47	46,91%	15.855.259,32	3.353.638,31	12.501.621,01	256.016.092,15
2027	256.016.092,15	46,91%	15.855.259,32	3.515.283,68	12.339.975,64	252.500.808,47
2028	252.500.808,47	46,91%	15.855.259,32	3.684.720,35	12.170.538,97	248.816.088,12
2029	248.816.088,12	46,91%	15.855.259,32	3.862.323,87	11.992.935,45	244.953.764,25
2030	244.953.764,25	46,91%	15.855.259,32	4.048.487,88	11.806.771,44	240.905.276,36
2031	240.905.276,36	46,91%	15.855.259,32	4.243.625,00	11.611.634,32	236.661.651,36
2032	236.661.651,36	46,91%	15.855.259,32	4.448.167,73	11.407.091,60	232.213.483,64
2033	232.213.483,64	46,91%	15.855.259,32	4.662.569,41	11.192.689,91	227.550.914,23
2034	227.550.914,23	46,91%	15.855.259,32	4.887.305,25	10.967.954,07	222.663.608,97
2035	222.663.608,97	46,91%	15.855.259,32	5.122.873,37	10.732.385,95	217.540.735,61
2036	217.540.735,61	46,91%	15.855.259,32	5.369.795,86	10.485.463,46	212.170.939,74
2037	212.170.939,74	46,91%	15.855.259,32	5.628.620,03	10.226.639,30	206.542.319,72
2038	206.542.319,72	46,91%	15.855.259,32	5.899.919,51	9.955.339,81	200.642.400,21
2039	200.642.400,21	46,91%	15.855.259,32	6.184.295,63	9.670.963,69	194.458.104,58
2040	194.458.104,58	46,91%	15.855.259,32	6.482.378,68	9.372.880,64	187.975.725,89
2041	187.975.725,89	46,91%	15.855.259,32	6.794.829,33	9.060.429,99	181.180.896,56
2042	181.180.896,56	46,91%	15.855.259,32	7.122.340,11	8.732.919,21	174.058.556,46
2043	174.058.556,46	46,91%	15.855.259,32	7.465.636,90	8.389.622,42	166.592.919,56
2044	166.592.919,56	46,91%	15.855.259,32	7.825.480,60	8.029.778,72	158.767.438,96
2045	158.767.438,96	46,91%	15.855.259,32	8.202.668,76	7.652.590,56	150.564.770,19
2046	150.564.770,19	46,91%	15.855.259,32	8.598.037,40	7.257.221,92	141.966.732,80
2047	141.966.732,80	46,91%	15.855.259,32	9.012.462,80	6.842.796,52	132.954.270,00
2048	132.954.270,00	46,91%	15.855.259,32	9.446.863,51	6.408.395,81	123.507.406,49
2049	123.507.406,49	46,91%	15.855.259,32	9.902.202,33	5.953.056,99	113.605.204,16
2050	113.605.204,16	46,91%	15.855.259,32	10.379.488,48	5.475.770,84	103.225.715,68
2051	103.225.715,68	46,91%	15.855.259,32	10.879.779,82	4.975.479,50	92.345.935,86
2052	92.345.935,86	46,91%	15.855.259,32	11.404.185,21	4.451.074,11	80.941.750,64
2053	80.941.750,64	46,91%	15.855.259,32	11.953.866,94	3.901.392,38	68.987.883,70
2054	68.987.883,70	46,91%	15.855.259,32	12.530.043,33	3.325.215,99	56.457.840,38
2055	56.457.840,38	46,91%	15.855.259,32	13.133.991,41	2.721.267,91	43.323.848,96
2056	43.323.848,96	46,91%	15.855.259,32	13.767.049,80	2.088.209,52	29.556.799,16
2057	29.556.799,16	46,91%	15.855.259,32	14.430.621,60	1.424.637,72	15.126.177,56
2058	15.126.177,56	46,91%	15.855.259,32	15.126.177,56	729.081,76	0,00

O custo, conforme a tabela acima, poderá ser pago mediante “dotações orçamentárias” ou imóveis, desde que atendam à legislação vigente. Os valores deverão ser corrigidos pelo IPCA.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

9.2.2 Cenário II – Com a utilização do Limite de Deficit Atuarial (LDA) calculado pela duração do passivo (DP)

Conforme determinado no Anexo VI da Portaria MTP n° 1.467/2022, o LDA poderá ser deduzido do valor do deficit apurado na avaliação atuarial, calculado em função da duração do passivo do fluxo de pagamento dos benefícios do RPPS, como segue:

DP = 16	Perfil Atuarial I	a = 1,5	c = 2
LDA =	24.680.436,67	Prazo Amortizar =	32 anos
deficit PMBC =	162.786.308,54		
deficit PMBaC =	78.154.716,12		
deficit total =	240.941.024,66		

Onde:

DP = duração do passivo, em anos.

Perfil Atuarial I: determinado em função do ISP – Indicador de Situação Previdenciária, publicado pela Secretaria de Previdência, como perfil atuarial estabelecido pelo enquadramento do RPPS em razão de seu porte, perfil de risco e práticas de gestão.

a e **c**: constantes referenciadas no Anexo VI da Portaria MTP n° 1.467/2022 em função do perfil atuarial.

A cobertura do deficit técnico total pode ser feita por intermédio de **aportes anuais** (ou a correspondente alíquota), pelo prazo de **32 anos**, cujo fluxo de pagamentos segue demonstrado:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

DEFICIT A AMORTIZAR PMBC + PMBaC						
ANO	SALDO INICIAL	OPÇÃO EM ALÍQUOTA	OPÇÃO EM APORTE	AMORTIZAÇÃO	JUROS	SALDO FINAL
2024	240.941.024,66	25,63%	8.661.692,19	- 2.951.665,20	11.613.357,39	243.892.689,86
2025	243.892.689,86	31,81%	10.752.298,73	- 1.003.328,92	11.755.627,65	244.896.018,78
2026	244.896.018,78	41,18%	13.918.733,90	2.114.745,79	11.803.988,11	242.781.272,99
2027	242.781.272,99	46,49%	15.714.639,26	4.012.581,91	11.702.057,36	238.768.691,08
2028	238.768.691,08	46,49%	15.714.639,26	4.205.988,35	11.508.650,91	234.562.702,73
2029	234.562.702,73	46,49%	15.714.639,26	4.408.716,99	11.305.922,27	230.153.985,73
2030	230.153.985,73	46,49%	15.714.639,26	4.621.217,15	11.093.422,11	225.532.768,58
2031	225.532.768,58	46,49%	15.714.639,26	4.843.959,82	10.870.679,45	220.688.808,76
2032	220.688.808,76	46,49%	15.714.639,26	5.077.438,68	10.637.200,58	215.611.370,08
2033	215.611.370,08	46,49%	15.714.639,26	5.322.171,23	10.392.468,04	210.289.198,86
2034	210.289.198,86	46,49%	15.714.639,26	5.578.699,88	10.135.939,38	204.710.498,98
2035	204.710.498,98	46,49%	15.714.639,26	5.847.593,21	9.867.046,05	198.862.905,77
2036	198.862.905,77	46,49%	15.714.639,26	6.129.447,21	9.585.192,06	192.733.458,56
2037	192.733.458,56	46,49%	15.714.639,26	6.424.886,56	9.289.752,70	186.308.572,00
2038	186.308.572,00	46,49%	15.714.639,26	6.734.566,09	8.980.073,17	179.574.005,91
2039	179.574.005,91	46,49%	15.714.639,26	7.059.172,18	8.655.467,08	172.514.833,73
2040	172.514.833,73	46,49%	15.714.639,26	7.399.424,28	8.315.214,99	165.115.409,45
2041	165.115.409,45	46,49%	15.714.639,26	7.756.076,53	7.958.562,74	157.359.332,92
2042	157.359.332,92	46,49%	15.714.639,26	8.129.919,42	7.584.719,85	149.229.413,51
2043	149.229.413,51	46,49%	15.714.639,26	8.521.781,53	7.192.857,73	140.707.631,97
2044	140.707.631,97	46,49%	15.714.639,26	8.932.531,40	6.782.107,86	131.775.100,57
2045	131.775.100,57	46,49%	15.714.639,26	9.363.079,42	6.351.559,85	122.412.021,15
2046	122.412.021,15	46,49%	15.714.639,26	9.814.379,84	5.900.259,42	112.597.641,31
2047	112.597.641,31	46,49%	15.714.639,26	10.287.432,95	5.427.206,31	102.310.208,36
2048	102.310.208,36	46,49%	15.714.639,26	10.783.287,22	4.931.352,04	91.526.921,14
2049	91.526.921,14	46,49%	15.714.639,26	11.303.041,66	4.411.597,60	80.223.879,47
2050	80.223.879,47	46,49%	15.714.639,26	11.847.848,27	3.866.790,99	68.376.031,20
2051	68.376.031,20	46,49%	15.714.639,26	12.418.914,56	3.295.724,70	55.957.116,64
2052	55.957.116,64	46,49%	15.714.639,26	13.017.506,24	2.697.133,02	42.939.610,40
2053	42.939.610,40	46,49%	15.714.639,26	13.644.950,04	2.069.689,22	29.294.660,36
2054	29.294.660,36	46,49%	15.714.639,26	14.302.636,63	1.412.002,63	14.992.023,72
2055	14.992.023,72	46,49%	15.714.639,26	14.992.023,72	722.615,54	0,00

O custo, conforme a tabela acima, poderá ser pago mediante “dotações orçamentárias” ou imóveis, desde que atendam à legislação vigente. Os valores deverão ser corrigidos pelo IPCA.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

9.2.3 Cenário III - Com a utilização do Limite de Deficit Atuarial (LDA) calculado pela sobrevida média de aposentados e pensionistas (SVM)

Conforme determinado no Anexo VI da Portaria MTP n° 1.467/2022, o LDA poderá ser deduzido do valor do deficit apurado na avaliação atuarial, calculado em função da sobrevida média dos aposentados e pensionistas, como segue:

SVM = 22,3	**Perfil Atuarial I**	**b = 2**	**d = 1,5**
LDA =	**20.875.536,02**	**Prazo PMBC =**	**22 anos**
RAP = 18,8		**Prazo PMBaC =**	**28 anos**
deficit PMBC =	**162.786.308,54**		
deficit PMBaC =	**81.959.616,77**		
deficit total =	**244.745.925,31**		

Onde:

SVM = sobrevida média de aposentados e pensionistas, em anos.

Perfil Atuarial I: determinado em função do ISP – Indicador de Situação Previdenciária, publicado pela Secretaria de Previdência, como perfil atuarial estabelecido pelo enquadramento do RPPS em razão de seu porte, perfil de risco e práticas de gestão.

b e **d**: constantes referenciadas no Anexo VI da Portaria MTP n° 1.467/2022.

RAP: prazo médio remanescente para aposentadoria de cada segurado ativo.

A cobertura do deficit técnico total pode ser feita por intermédio de **aportes anuais** (ou a correspondente alíquota), pelo prazo de **28 anos**, cujo fluxo de pagamentos segue demonstrado:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

DEFICIT A AMORTIZAR PMBC + PMBaC						
ANO	SALDO INICIAL	OPÇÃO EM ALÍQUOTA	OPÇÃO EM APORTE	AMORTIZAÇÃO	JUROS	SALDO FINAL
2024	244.745.925,31	51,95%	17.559.008,75	5.762.255,15	11.796.753,60	238.983.670,17
2025	238.983.670,17	51,95%	17.559.008,75	6.039.995,84	11.519.012,90	232.943.674,33
2026	232.943.674,33	51,95%	17.559.008,75	6.331.123,64	11.227.885,10	226.612.550,68
2027	226.612.550,68	51,95%	17.559.008,75	6.636.283,80	10.922.724,94	219.976.266,88
2028	219.976.266,88	51,95%	17.559.008,75	6.956.152,68	10.602.856,06	213.020.114,20
2029	213.020.114,20	51,95%	17.559.008,75	7.291.439,24	10.267.569,50	205.728.674,96
2030	205.728.674,96	51,95%	17.559.008,75	7.642.886,61	9.916.122,13	198.085.788,34
2031	198.085.788,34	51,95%	17.559.008,75	8.011.273,75	9.547.735,00	190.074.514,60
2032	190.074.514,60	51,95%	17.559.008,75	8.397.417,14	9.161.591,60	181.677.097,46
2033	181.677.097,46	51,95%	17.559.008,75	8.802.172,65	8.756.836,10	172.874.924,81
2034	172.874.924,81	51,95%	17.559.008,75	9.226.437,37	8.332.571,38	163.648.487,44
2035	163.648.487,44	51,95%	17.559.008,75	9.671.151,65	7.887.857,09	153.977.335,79
2036	153.977.335,79	51,95%	17.559.008,75	10.137.301,16	7.421.707,58	143.840.034,63
2037	143.840.034,63	51,95%	17.559.008,75	10.625.919,08	6.933.089,67	133.214.115,55
2038	133.214.115,55	51,95%	17.559.008,75	11.138.088,38	6.420.920,37	122.076.027,17
2039	122.076.027,17	51,95%	17.559.008,75	11.674.944,24	5.884.064,51	110.401.082,94
2040	110.401.082,94	51,95%	17.559.008,75	12.237.676,55	5.321.332,20	98.163.406,39
2041	98.163.406,39	51,95%	17.559.008,75	12.827.532,56	4.731.476,19	85.335.873,83
2042	85.335.873,83	51,95%	17.559.008,75	13.445.819,63	4.113.189,12	71.890.054,21
2043	71.890.054,21	51,95%	17.559.008,75	14.093.908,13	3.465.100,61	57.796.146,07
2044	57.796.146,07	51,95%	17.559.008,75	14.773.234,50	2.785.774,24	43.022.911,57
2045	43.022.911,57	51,95%	17.559.008,75	15.485.304,41	2.073.704,34	27.537.607,16
2046	27.537.607,16	15,96%	5.394.198,90	4.066.886,24	1.327.312,67	23.470.720,92
2047	23.470.720,92	15,96%	5.394.198,90	4.262.910,16	1.131.288,75	19.207.810,77
2048	19.207.810,77	15,96%	5.394.198,90	4.468.382,43	925.816,48	14.739.428,34
2049	14.739.428,34	15,96%	5.394.198,90	4.683.758,46	710.440,45	10.055.669,88
2050	10.055.669,88	15,96%	5.394.198,90	4.909.515,62	484.683,29	5.146.154,27
2051	5.146.154,27	15,96%	5.394.198,90	5.146.154,27	248.044,64	- 0,00

O custo, conforme a tabela acima, poderá ser pago mediante “dotações orçamentárias” ou imóveis, desde que atendam à legislação vigente. Os valores deverão ser corrigidos pelo IPCA.

9.2.4 Cenário IV – Alongamento do prazo de amortização garantido pelo atendimento ao disposto no parágrafo único do art. 43 da Portaria MTP n° 1.467/2022

Disponível para o RPPS que implementou adequações das regras de concessão, cálculo e reajustamento dos benefícios na forma do art. 164 da Portaria MTP n° 1.467/2022.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

DEFICIT A AMORTIZAR PMBC + PMBaC						
ANO	SALDO INICIAL	OPÇÃO EM ALÍQUOTA	OPÇÃO EM APORTE	AMORTIZAÇÃO	JUROS	SALDO FINAL
2024	240.941.024,66	25,63%	8.661.692,19	- 2.951.665,20	11.613.357,39	243.892.689,86
2025	243.892.689,86	31,50%	10.752.298,73	- 1.003.328,92	11.755.627,65	244.896.018,78
2026	244.896.018,78	40,38%	13.922.040,38	2.118.052,27	11.803.988,11	242.777.966,51
2027	242.777.966,51	41,19%	13.922.040,38	2.220.142,39	11.701.897,99	240.557.824,11
2028	240.557.824,11	41,19%	13.922.040,38	2.327.153,26	11.594.887,12	238.230.670,86
2029	238.230.670,86	41,19%	13.922.040,38	2.439.322,04	11.482.718,34	235.791.348,81
2030	235.791.348,81	41,19%	13.922.040,38	2.556.897,37	11.365.143,01	233.234.451,45
2031	233.234.451,45	41,19%	13.922.040,38	2.680.139,82	11.241.900,56	230.554.311,63
2032	230.554.311,63	41,19%	13.922.040,38	2.809.322,56	11.112.717,82	227.744.989,07
2033	227.744.989,07	41,19%	13.922.040,38	2.944.731,91	10.977.308,47	224.800.257,16
2034	224.800.257,16	41,19%	13.922.040,38	3.086.667,98	10.835.372,40	221.713.589,18
2035	221.713.589,18	41,19%	13.922.040,38	3.235.445,38	10.686.595,00	218.478.143,80
2036	218.478.143,80	41,19%	13.922.040,38	3.391.393,85	10.530.646,53	215.086.749,95
2037	215.086.749,95	41,19%	13.922.040,38	3.554.859,03	10.367.181,35	211.531.890,92
2038	211.531.890,92	41,19%	13.922.040,38	3.726.203,24	10.195.837,14	207.805.687,68
2039	207.805.687,68	41,19%	13.922.040,38	3.905.806,23	10.016.234,15	203.899.881,45
2040	203.899.881,45	41,19%	13.922.040,38	4.094.066,09	9.827.974,29	199.805.815,35
2041	199.805.815,35	41,19%	13.922.040,38	4.291.400,08	9.630.640,30	195.514.415,27
2042	195.514.415,27	41,19%	13.922.040,38	4.498.245,56	9.423.794,82	191.016.169,71
2043	191.016.169,71	41,19%	13.922.040,38	4.715.061,00	9.206.979,38	186.301.108,71
2044	186.301.108,71	41,19%	13.922.040,38	4.942.326,94	8.979.713,44	181.358.781,77
2045	181.358.781,77	41,19%	13.922.040,38	5.180.547,10	8.741.493,28	176.178.234,67
2046	176.178.234,67	41,19%	13.922.040,38	5.430.249,47	8.491.790,91	170.747.985,21
2047	170.747.985,21	41,19%	13.922.040,38	5.691.987,49	8.230.052,89	165.055.997,71
2048	165.055.997,71	41,19%	13.922.040,38	5.966.341,29	7.955.699,09	159.089.656,42
2049	159.089.656,42	41,19%	13.922.040,38	6.253.918,94	7.668.121,44	152.835.737,48
2050	152.835.737,48	41,19%	13.922.040,38	6.555.357,83	7.366.682,55	146.280.379,65
2051	146.280.379,65	41,19%	13.922.040,38	6.871.326,08	7.050.714,30	139.409.053,57
2052	139.409.053,57	41,19%	13.922.040,38	7.202.524,00	6.719.516,38	132.206.529,57
2053	132.206.529,57	41,19%	13.922.040,38	7.549.685,65	6.372.354,73	124.656.843,92
2054	124.656.843,92	41,19%	13.922.040,38	7.913.580,50	6.008.459,88	116.743.263,42
2055	116.743.263,42	41,19%	13.922.040,38	8.295.015,08	5.627.025,30	108.448.248,34
2056	108.448.248,34	41,19%	13.922.040,38	8.694.834,81	5.227.205,57	99.753.413,53
2057	99.753.413,53	41,19%	13.922.040,38	9.113.925,85	4.808.114,53	90.639.487,68
2058	90.639.487,68	41,19%	13.922.040,38	9.553.217,07	4.368.823,31	81.086.270,61
2059	81.086.270,61	41,19%	13.922.040,38	10.013.682,14	3.908.358,24	71.072.588,47
2060	71.072.588,47	41,19%	13.922.040,38	10.496.341,61	3.425.698,76	60.576.246,86
2061	60.576.246,86	41,19%	13.922.040,38	11.002.265,28	2.919.775,10	49.573.981,58
2062	49.573.981,58	41,19%	13.922.040,38	11.532.574,47	2.389.465,91	38.041.407,11
2063	38.041.407,11	41,19%	13.922.040,38	12.088.444,56	1.833.595,82	25.952.962,55
2064	25.952.962,55	41,19%	13.922.040,38	12.671.107,58	1.250.932,79	13.281.854,97
2065	13.281.854,97	41,19%	13.922.040,38	13.281.854,97	640.185,41	- 0,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

O custo, conforme a tabela acima, poderá ser pago mediante “dotações orçamentárias” ou imóveis, desde que atendam à legislação vigente. Os valores deverão ser corrigidos pelo IPCA.

9.3 Quadro Comparativo das Opções de Cobertura do Deficit

ANO	ATUAL	CENÁRIO I		CENÁRIO II		CENÁRIO III		CENÁRIO IV	
	APORTES	APORTES	% DA FOLHA	APORTES	% DA FOLHA	APORTES	% DA FOLHA	APORTES	% DA FOLHA
2024	8.661.692,19	15.855.259,32	46,91%	8.661.692,19	25,63%	17.559.008,75	51,95%	8.661.692,19	25,63%
2025	10.752.298,73	15.855.259,32	46,91%	10.752.298,73	31,81%	17.559.008,75	51,95%	10.752.298,73	31,81%
2026	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	13.918.733,90	41,18%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2027	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2028	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2029	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2030	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2031	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2032	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2033	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2034	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2035	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2036	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2037	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2038	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2039	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2040	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2041	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2042	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2043	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2044	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2045	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	17.559.008,75	51,95%	13.922.040,38	41,19%
2046	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	5.394.198,90	15,96%	13.922.040,38	41,19%
2047	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	5.394.198,90	15,96%	13.922.040,38	41,19%
2048	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	5.394.198,90	15,96%	13.922.040,38	41,19%
2049	13.918.733,90	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	5.394.198,90	15,96%	13.922.040,38	41,19%
2050	-	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	5.394.198,90	15,96%	13.922.040,38	41,19%
2051	-	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	5.394.198,90	15,96%	13.922.040,38	41,19%
2052	-	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2053	-	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2054	-	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2055	-	15.855.259,32	46,91%	15.714.639,26	46,49%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2056	-	15.855.259,32	46,91%	-	0,00%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2057	-	15.855.259,32	46,91%	-	0,00%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2058	-	15.855.259,32	46,91%	-	0,00%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2059	-	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2060	-	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2061	-	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2062	-	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2063	-	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2064	-	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%
2065	-	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	13.922.040,38	41,19%

Observação: conforme disposto no § 8º do art. 55 da Portaria MTP nº 3.803/2022, aportes atuariais realizados em valores deverão ser controlados separadamente e cumprir permanência mínima de 5 anos em aplicações financeiras.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

9.4 Viabilidade financeira, fiscal e orçamentária do plano de custeio suplementar

Em atendimento a Portaria MTP n°1.467/2022 em seu artigo 25 que traz a obrigação aos dirigentes e membros do conselho deliberativo e fiscal do RPPS e os gestores e representantes legais do ente deliberativo, pautar suas ações pela sustentabilidade de longo prazo do regime.
De forma mais detalhada em seu art. 64, conforme abaixo:

"Art. 64. Deverão ser garantidos os recursos econômicos suficientes para honrar os compromissos estabelecidos no plano de custeio e na segregação da massa, cabendo ao ente federativo demonstrar a adequação do plano de custeio do RPPS à sua capacidade orçamentária e financeira e aos limites de gastos com pessoal impostos pela Lei Complementar nº 101, de 2000.

§ 1º Os estudos técnicos de implementação e revisão dos planos de custeio, inclusive de equacionamento de déficit atuarial e de alteração da estrutura atuarial do RPPS, deverão avaliar a viabilidade financeira, orçamentária e fiscal para o ente federativo conforme Demonstrativo de Viabilidade do Plano de Custeio, observados o disposto no Anexo VI, a estrutura e os elementos mínimos previstos do modelo disponibilizado pela SPREV na página da Previdência Social na Internet.

§ 2º Os conselhos deliberativo e fiscal do RPPS deverão acompanhar as informações do demonstrativo de que trata este artigo, as quais serão, ainda, encaminhadas aos órgãos de controle interno e externo para subsidiar a análise da capacidade orçamentária, financeira e fiscal do ente federativo para cumprimento do plano de custeio do RPPS."
"Art. 50 (...)
§4º A responsabilidade pelas informações a serem prestadas no demonstrativo previsto no §2º relativas às projeções atuariais do RPPS é do atuário e, pelos dados contábeis, financeiros, orçamentários e fiscais, do representante legal do ente federativo e do dirigente da unidade gestora do RPPS."

Conforme grifo acima, o modelo de Viabilidade Orçamentaria foi publicado pela SEPREV em seu site 16/11/2023, atualizado em 20/11/2023.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Recebidos os dados relativos à Receita Corrente Líquida e Despesa Total com Pessoal do ente federativo, procedeu-se ao seu confronto com o plano de custeio apresentado no item **9.2**, identificando atendimento ao Limite Máximo estabelecido na Lei Complementar n° 101/2000 durante todo o período.

Vale ressaltar a distinção estabelecida pela Lei Complementar nº 178/2021 —dando nova redação à alínea c, VI, § 1º, art. 19º da Lei de Responsabilidade Fiscal e esclarecida na Nota Técnica SEI nº 18.162/2021/ME—, ao caracterizar a forma de amortização do deficit atuarial mediante realização de aportes em valores preestabelecidos como recurso vinculado ao RPPS e não considerado como despesa com pessoal perante os limites determinados pela LRF, em contraste com a amortização de deficit realizada mediante aplicação de alíquotas sobre a folha de pagamento, esta sim inserida no conceito de encargo social e computada como despesa a ser considerada no limites da LRF.

Convém reiterar que tais aportes em valores estabelecidos deverão ser administrados e contabilizados isoladamente, permanecendo no mínimo 5 anos em aplicações segregadas, antes de servirem ao pagamento de benefícios previdenciários.

Relativamente à capacidade do ente federativo de arcar com o ônus do plano de amortização, convém frisar a dificuldade dos profissionais da Ciência Atuarial em emitir juízo de valor envolvendo grandezas inerentes ao âmbito da municipalidade, sujeitas a uma dinâmica distante do campo de visão da avaliação atuarial, esta, focada em retratar um momento em que são flagrados valores de ativos garantidores, calculadas provisões matemáticas a partir do manuseio de dados obtidos da base cadastral correspondente a um determinado momento e assumidas hipóteses e premissas preestabelecidas, de modo a permitir projetar no futuro uma estimativa do tamanho do compromisso para com cada segurado do plano de benefícios, trazendo-o ao presente mediante desconto utilizando novas hipóteses, mostrando ao RPPS uma dimensão possível para sua responsabilidade e sugerindo meios para sua abordagem e um adequado tratamento.

Confrontada a relação entre a Receita Corrente Líquida, a Despesa Total com Pessoal do ente federativo, os valores previstos para o custeio suplementar e os parâmetros da Lei de Responsabilidade Fiscal, apresentando as situações envolvendo a aplicação de alíquotas ou aportes no plano de custeio suplementar, conforme segue:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

DESPESA COM PESSOAL	DESPESAS EXECUTADAS (Últimos 12 Meses)
DESPESA BRUTA COM PESSOAL (I)	58.697.864,31
Pessoal Ativo	58.611.362,65
Pessoal Inativo e Pensionistas	86.501,66
Outras despesas de pessoal decorrentes de contratos de terceirização (§ 1º do art. 18 da LRF)	
DESPESAS NÃO COMPUTADAS (§ 1º do art. 19 da LRF) (II)	71.870,46
Indenizações por Demissão e Incentivos à Demissão Voluntária	
Decorrentes de Decisão Judicial de período anterior ao da apuração	71.870,46
Despesas de Exercícios Anteriores de período anterior ao da apuração	
Inativos e Pensionistas com Recursos Vinculados	
DESPESA LÍQUIDA COM PESSOAL (III) = (I - II)	58.625.993,85
DESPESA TOTAL COM PESSOAL - DTP (IV) = (III a + III b)	58.625.993,85

APURAÇÃO DO CUMPRIMENTO DO LIMITE LEGAL	VALOR
RECEITA CORRENTE LÍQUIDA - RCL (V)	140.553.403,59
% do DESPESA TOTAL COM PESSOAL - DTP sobre a RCL (VI) = (IV/V)*100	41,7%
LIMITE MÁXIMO (incisos I, II e III, art. 20 da LRF) - <%>	54,0%
LIMITE PRUDENCIAL (parágrafo único, art. 22 da LRF) - <%>	51,3%
LIMITE DE ALERTA (inciso II do § 1º do art. 59 da LRF) - <%>	48,6%

01 - Histórico

Ente:	Igarapava
Ano base da Avaliação	2024
Data Base:	31/12/2023
Data Cálculo:	31/12/2023

	Calculado	Informado
Contribuições do Ente + Parcelamentos (Ano: 2023)		17.892.655,26
Despesas do RPPS- Benefícios e Administrativas (Ano: 2023)		19.231.629,98
Despesa com Pessoal (exceto RPPS)	39.394.363,87	
Dívida Consolidada Líquida – DCL		21.819.518,63
Resultado Atuarial		-69.666.887,16
Média - RECEITA CORRENTE LÍQUIDA - RCL	2,57%	
Média - DESPESA LÍQUIDA COM PESSOAL	3,63%	

ANO	RECEITA CORRENTE LÍQUIDA - RCL	DESPESA LÍQUIDA COM PESSOAL	Inflação do Ano	Inflação Acumulada	RECEITA CORRENTE LÍQUIDA - RCL	DESPESA LÍQUIDA COM PESSOAL	RECEITA CORRENTE LÍQUIDA - RCL	DESPESA LÍQUIDA COM PESSOAL
2013	65.968.009,19	23.682.515,29	5,91%	88,03%	117.118.561,02	42.045.563,39		
2014	68.126.004,42	25.683.503,67	6,41%	77,54%	113.663.971,11	42.851.317,11	-2,95%	1,92%
2015	71.328.639,39	28.888.098,95	10,67%	66,84%	107.533.538,40	43.551.083,05	-5,39%	1,63%
2016	73.734.952,86	32.664.584,11	6,29%	50,76%	104.582.976,16	46.330.258,43	-2,74%	6,38%
2017	74.605.322,35	33.050.157,80	2,95%	41,84%	102.785.309,96	45.533.892,31	-1,72%	-1,72%
2018	83.455.496,27	37.972.250,80	3,75%	37,77%	110.822.534,28	50.424.253,09	7,82%	10,74%
2019	90.414.374,41	43.579.728,46	4,31%	32,79%	115.102.476,97	55.479.393,89	3,86%	10,03%
2020	95.080.055,37	46.399.067,02	4,52%	27,31%	115.807.640,38	56.514.128,51	0,61%	1,87%
2021	111.523.943,66	51.077.966,19	10,06%	21,80%	123.420.242,88	56.526.471,23	6,57%	0,02%
2022	99.006.124,48	48.314.988,75	5,78%	10,67%	103.580.207,43	50.547.141,23	-16,08%	-10,58%
2023	140.553.403,59	58.625.993,85	4,62%	4,62%	140.553.403,59	58.625.993,85	35,70%	15,98%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

02 - Incremento do Custeio Especial proposto na RCL projetada do Ente

Ente: **Igarapava**

Impacto do deficit atuarial após a inclusão no Quociente do Limite de Endividamento -34,04%

ANO	No.	RECEITA CORRENTE LÍQUIDA - RCL	Despesa com Pessoal (exceto RPPS)	Pessoal Ativo Efetivo (Código 109001 – GA + GF – Todos os Planos)	Aposentadorias e Pensões (Códigos 210000 e 220000)	Contribuição Patronal (Código 121000 - Todos os Planos)	Contribuição Suplementar (Código 130101 - Todos os Planos)	Parcelamentos (Código 130201 - Todos os Planos)	Valor Atual da Cobertura da Insuficiência Financeira (Código 139901)	Insuficiência ou Excedente Financeiro (Código 250001 - Todos os Planos)	Despesa com Pessoal - LRF	Evolução dos Recursos Garantidores (Código 290001)
2023	0	140.553.403,59	39.394.363,87	33.465.510,39	18.118.594,59	7.379.145,04	7.350.799,59	-	-	(102.329,05)	54.226.637,55	48.632.139,03
2024	1	144.163.056,23	40.823.157,17	33.800.165,49	19.699.501,12	7.452.936,49	8.661.692,19	-	-	881.223,73	56.937.785,85	51.883.868,57
2025	2	147.865.410,94	42.303.771,34	34.138.167,14	19.863.113,91	7.527.465,86	10.752.298,73	-	-	2.927.407,81	60.583.535,93	57.399.901,09
2026	3	151.662.848,48	43.838.085,88	34.479.548,82	20.274.962,21	7.602.740,51	13.922.040,38	-	-	5.805.683,39	65.362.866,77	66.146.430,21
2027	4	155.557.810,73	45.428.048,44	34.824.344,30	20.483.387,03	7.678.767,92	13.922.040,38	-	-	5.718.844,62	67.028.856,73	75.225.098,11
2028	5	159.552.802,30	47.075.677,31	35.172.587,75	21.049.286,72	7.755.555,60	13.922.040,38	-	-	5.275.746,84	68.753.273,28	84.284.967,08
2029	6	163.650.392,11	48.783.063,99	35.524.313,63	21.431.960,26	7.833.111,15	13.922.040,38	-	-	5.017.103,23	70.538.215,53	93.515.118,82
2030	7	167.853.215,05	50.552.375,85	35.879.556,76	22.193.588,03	7.911.442,27	13.922.040,38	-	-	4.380.745,69	72.385.858,49	102.534.715,62
2031	8	172.163.973,71	52.385.858,84	36.238.352,33	23.603.775,70	7.990.556,69	13.922.040,38	-	-	3.097.080,96	74.298.455,90	110.666.882,30
2032	9	176.585.440,04	54.285.840,38	36.600.735,85	23.804.563,54	8.070.462,26	13.922.040,38	-	-	3.024.081,28	76.278.343,01	119.115.829,75
2033	10	181.120.457,22	56.254.732,31	36.966.743,21	24.341.523,81	8.151.166,88	13.922.040,38	-	-	2.616.187,06	78.327.939,56	127.551.885,41
2034	11	185.771.941,42	58.295.033,93	37.336.410,64	24.718.523,17	8.232.678,55	13.922.040,38	-	-	2.369.544,41	80.449.752,86	136.140.517,03
2035	12	190.542.883,72	60.409.335,21	37.709.774,75	25.473.236,28	8.315.005,33	13.922.040,38	-	-	1.746.491,57	82.646.380,93	144.501.376,26
2036	13	195.436.352,01	62.600.320,04	38.086.872,50	26.734.132,99	8.398.155,39	13.922.040,38	-	-	618.571,73	84.920.515,81	152.103.471,48
2037	14	200.455.492,96	64.870.769,65	38.467.741,22	27.243.059,66	8.482.136,94	13.922.040,38	-	-	243.951,71	87.274.946,97	159.686.129,06
2038	15	205.603.534,07	67.223.566,14	38.852.418,63	27.504.925,76	8.566.958,31	13.922.040,38	-	-	117.735,31	89.712.564,83	167.504.267,85
2039	16	210.883.785,70	69.661.696,15	39.240.942,82	28.572.180,17	8.652.627,89	13.922.040,38	-	-	(812.512,89)	93.048.877,31	174.741.085,29
2040	17	216.299.643,26	72.188.254,65	39.633.352,25	29.311.510,12	8.739.154,17	13.922.040,38	-	-	(1.413.466,57)	96.262.915,78	181.707.735,03
2041	18	221.854.589,34	74.806.448,84	40.029.685,77	30.133.039,03	8.826.545,71	13.922.040,38	-	-	(2.095.235,44)	99.650.270,38	188.307.955,35
2042	19	227.552.195,97	77.519.602,26	40.429.982,63	30.786.675,66	8.914.811,17	13.922.040,38	-	-	(2.607.714,44)	102.964.168,25	194.698.452,92
2043	20	233.396.126,92	80.331.158,98	40.834.282,45	31.277.831,09	9.003.959,28	13.922.040,38	-	-	(2.956.300,67)	106.213.459,31	201.037.928,66
2044	21	239.390.140,04	83.244.687,99	41.242.625,28	32.398.312,52	9.093.998,87	13.922.040,38	-	-	(3.932.787,20)	110.193.514,44	206.677.186,01
2045	22	245.538.089,71	86.263.887,71	41.655.051,53	32.979.004,67	9.184.938,86	13.922.040,38	-	-	(4.368.044,50)	113.738.911,45	212.139.940,54
2046	23	251.843.929,27	89.392.590,72	42.071.602,05	33.066.469,89	9.276.788,25	13.922.040,38	-	-	(4.308.620,52)	116.900.039,87	217.927.206,55
2047	24	258.311.713,62	92.634.768,60	42.492.318,07	33.167.243,32	9.369.556,13	13.922.040,38	-	-	(4.261.035,86)	120.187.400,97	224.042.430,96
2048	25	264.945.601,78	95.994.536,94	42.917.241,25	33.240.556,89	9.463.251,70	13.922.040,38	-	-	(4.184.507,76)	123.564.336,78	230.531.233,15
2049	26	271.749.859,56	99.476.160,65	43.346.413,66	34.074.923,15	9.557.884,21	13.922.040,38	-	-	(4.867.533,93)	127.823.619,18	236.629.278,64
2050	27	278.728.862,37	103.084.059,30	43.779.877,80	36.640.580,65	9.653.463,05	13.922.040,38	-	-	(7.280.337,95)	133.939.900,68	240.536.061,78
2051	28	285.887.097,94	106.822.812,74	44.217.676,58	37.778.887,54	9.749.997,68	13.922.040,38	-	-	(8.264.262,81)	138.759.113,61	243.617.709,27
2052	29	293.229.169,29	110.697.166,94	44.659.853,34	38.169.804,59	9.847.497,66	13.922.040,38	-	-	(8.499.254,02)	142.965.959,00	246.605.851,22
2053	30	300.759.797,63	114.712.040,01	45.106.451,88	37.987.873,98	9.945.972,64	13.922.040,38	-	-	(8.159.838,31)	146.739.891,33	250.087.619,79
2054	31	308.483.825,44	118.872.528,42	45.557.516,39	38.026.646,54	10.045.432,36	13.922.040,38	-	-	(8.039.550,91)	150.879.552,07	253.861.105,63
2055	32	316.406.219,53	123.183.913,49	46.013.091,56	37.822.400,02	10.145.886,69	13.922.040,38	-	-	(7.674.653,84)	154.926.494,40	258.192.317,47
2056	33	324.532.074,31	127.651.668,09	46.473.222,47	37.672.307,87	10.247.345,56	13.922.040,38	-	-	(7.362.304,63)	159.183.358,66	263.054.013,40
2057	34	332.866.614,98	132.281.463,58	46.937.954,70	37.575.366,11	10.349.819,01	13.922.040,38	-	-	(7.101.483,24)	163.654.806,22	268.418.689,10
2058	35	341.415.200,96	137.079.177,03	47.407.334,24	37.571.897,38	10.453.317,20	13.922.040,38	-	-	(6.932.496,09)	168.387.030,69	274.215.998,95

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANO	No.	Impacto da Despesa Total de Pessoal na RCL	Relação com Limite Prudencial (Parágrafo único do art. 22 da LRF)	Resultado Financeiro
2023	0	38,58%	-24,79%	
2024	1	39,50%	-23,01%	6,69%
2025	2	40,97%	-20,13%	10,63%
2026	3	43,10%	-15,99%	15,24%
2027	4	43,09%	-16,01%	13,73%
2028	5	43,09%	-16,00%	12,04%
2029	6	43,10%	-15,98%	10,95%
2030	7	43,12%	-15,94%	9,65%
2031	8	43,16%	-15,88%	7,93%
2032	9	43,20%	-15,80%	7,63%
2033	10	43,25%	-15,70%	7,08%
2034	11	43,31%	-15,58%	6,73%
2035	12	43,37%	-15,45%	6,14%
2036	13	43,45%	-15,30%	5,26%
2037	14	43,54%	-15,13%	4,99%
2038	15	43,63%	-14,94%	4,90%
2039	16	44,12%	-13,99%	4,32%
2040	17	44,50%	-13,25%	3,99%
2041	18	44,92%	-12,44%	3,63%
2042	19	45,25%	-11,80%	3,39%
2043	20	45,51%	-11,29%	3,26%
2044	21	46,03%	-10,27%	2,81%
2045	22	46,32%	-9,70%	2,64%
2046	23	46,42%	-9,52%	2,73%
2047	24	46,53%	-9,30%	2,81%
2048	25	46,64%	-9,09%	2,90%
2049	26	47,04%	-8,31%	2,65%
2050	27	48,05%	-6,33%	1,65%
2051	28	48,54%	-5,39%	1,28%
2052	29	48,76%	-4,96%	1,23%
2053	30	48,79%	-4,89%	1,41%
2054	31	48,91%	-4,66%	1,51%
2055	32	48,96%	-4,55%	1,71%
2056	33	49,05%	-4,39%	1,88%
2057	34	49,17%	-4,16%	2,04%
2058	35	49,32%	-3,86%	2,16%

Convém frisar que a forma de amortização do deficit atuarial mediante realização de aportes em valores preestabelecidos —e não por incidência de alíquotas— configura recurso vinculado ao RPPS, não representando peso a ser computado entre as despesas com pessoal na contabilização do ente federativo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Observação: conforme o disposto no § 8º do art. 55 da Portaria MTP nº 3.803/2022, aportes atuariais realizados em valores deverão ser controlados separadamente e cumprir permanência mínima de 5 anos em aplicações financeiras.

Diante desse quadro, manifestamos nosso entendimento pela adequação do plano de custeio em curso, tendo em vista a perseguição ao equilíbrio financeiro e atuarial do sistema e os recursos técnicos atuariais disponíveis, reiterando o inconveniente produzido pela manipulação de incertezas envolvidas em torno de dados, premissas, estimativas e projeções inseridos num contexto, com mais que prováveis efeitos sobre decisões a serem tomadas pelos poderes municipais em função das particularidades associadas a arrecadação, manutenção de pessoal, dissídio coletivo e tantas variáveis componentes de uma equação dinâmica, invisível ao olhar de um estudo atuarial posicionado em uma data congelada no contexto da complexa administração da municipalidade.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

10. CUSTEIO ADMINISTRATIVO

Considerados os parâmetros definidos pela Portaria MTP n° 1.467/2022 (a seguir resumidos) e baseado nas informações prestadas pelo RPPS, será aplicado o percentual correspondente a **3,6%** sobre o total das remunerações dos servidores ativos.

Percentuais máximos de taxa de administração apurados com base no exercício financeiro anterior e estabelecidos em função do porte do ente e da base de incidência	porte	base de cálculo das contribuições dos servidores ativos	somatório das remunerações brutas dos ativos, aposentados e pensionistas
	ESPECIAL	até 2,0%	até 1,3%
	GRANDE	até 2,4%	até 1,7%
	MÉDIO	até 3,0%	até 2,3%
	PEQUENO	até 3,6%	até 2,7%

Recursos deverão ser administrados em contas bancárias e contábeis distintas das destinadas aos benefícios, mantendo-se a vinculação das sobras e dos rendimentos, exceto se aprovada pelo conselho deliberativo, na totalidade ou em parte, a sua reversão para pagamento de benefícios do RPPS, vedada sua devolução ao ente federativo ou aos segurados.

Lei do ente federativo poderá autorizar que o percentual da taxa de administração seja elevado em até 20%, exclusivamente para o custeio de despesas administrativas relacionadas ao processo de certificação institucional no âmbito do Pró-Gestão RPPS.

10.1 Levantamento das despesas administrativas dos últimos 3 anos

Ano	Despesas Administrativas	Variação
2023	1.081.483,82	33,3%
2022	811.095,25	45,8%
2021	556.353,96	
MÉDIA	**816.311,01**	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

10.2 Estimativa de despesas administrativas para o próximo exercício

Estimamos para o próximo exercício que a despesa administrativa será superior à média dos últimos exercícios.

10.3 Recomendações de manutenção ou alteração da fonte de custeio das despesas administrativas

Não se apresentam razões que sugiram a necessidade de alteração na forma de custeio da manutenção do RPPS.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

11. ANÁLISE DO COMPARATIVO DAS ÚLTIMAS AVALIAÇÕES ATUARIAIS

Descrição	2024	2023	2022
BASE NORMATIVA			
PLANO DE CUSTEIO VIGENTE			
Contribuição Normal - Ente Federativo	22,05%	22,05%	22,05%
BASE CADASTRAL			
ESTATÍSTICAS DA POPULAÇÃO COBERTA			
Quantidade de Segurados Ativos	806	774	666
Quantidade de Aposentados	355	354	347
Quantidade de Pensionistas	69	71	71
Média da Base de Cálculo dos Segurados Ativos	3.225,82	3.009,06	2.472,21
Média do Valor de Benefício dos Aposentados	3.415,83	3.152,07	2.734,08
Média do Valor de Benefício dos Pensionistas	2.136,57	2.007,23	2.020,26
Idade Média dos Segurados Ativos	45,60	45,12	45,56
Idade Média dos Aposentados	63,42	62,42	61,47
Idade Média dos Pensionistas	63,41	62,07	60,56
Idade Média Projetada para Aposentadorias	63,52	62,97	64,33
RESULTADOS			
VALORES DOS COMPROMISSOS			
Ativos Garantidores dos Compromissos do Plano de Benefícios	48.632.139,03	39.065.940,55	30.684.150,63
Valor Atual dos Benefícios Futuros - Concedidos	212.358.253,68	189.667.598,67	171.879.385,47
(-) Valor Atual das Contribuições Futuras - Concedidos	939.806,11	680.535,53	980.745,45
Reserva Matemática de Benefícios Concedidos	211.418.447,57	188.987.063,14	170.898.640,02
Valor Atual dos Benefícios Futuros - a Conceder	216.280.467,79	177.478.261,92	127.090.244,93
(-) Valor Atual das Contribuições Futuras - a Conceder	100.468.486,93	87.244.420,24	67.562.287,51
Reserva Matemática de Benefícios a Conceder	115.811.980,86	90.233.841,68	59.527.957,42
Valor Atual da Compensação Financeira a Receber	12.976.828,07	13.290.894,24	10.271.738,83
Valor Atual da Compensação Financeira a Pagar	0,00	0,00	0,00
Resultado Atuarial	-265.621.461,33	-226.864.070,03	-189.470.707,98
CUSTO NORMAL			
CUSTO ANUAL PREVISTO (% SOBRE BASE DE CONTRIBUIÇÃO)			
Benefícios em Regime de Capitalização (%)	22,97%	22,43%	21,90%
Benefícios em Regime de Repartição de Capitais de Cobertura (%)	6,73%	6,77%	6,80%
Benefícios em Regime de Repartição Simples (%)	0,00%	0,00%	0,00%
ALÍQUOTAS DE CUSTEIO NORMAL DEFINIDAS			
Ente Federativo - Contribuição Normal	18,45%	18,45%	18,45%
Taxa de Administração	3,60%	3,60%	3,60%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Descrição	2024/2023	2023/2022
BASE NORMATIVA		
PLANO DE CUSTEIO VIGENTE		
Contribuição Normal - Ente Federativo	0,00%	0,00%
BASE CADASTRAL		
ESTATÍSTICAS DA POPULAÇÃO COBERTA		
Quantidade de Segurados Ativos	4,13%	16,22%
Quantidade de Aposentados	0,28%	2,02%
Quantidade de Pensionistas	-2,82%	0,00%
Média da Base de Cálculo dos Segurados Ativos	7,20%	21,72%
Média do Valor de Benefício dos Aposentados	8,37%	15,29%
Média do Valor de Benefício dos Pensionistas	6,44%	-0,65%
Idade Média dos Segurados Ativos	1,06%	-0,97%
Idade Média dos Aposentados	1,60%	1,54%
Idade Média dos Pensionistas	2,15%	2,49%
Idade Média Projetada para Aposentadorias	0,87%	-2,11%
RESULTADOS		
VALORES DOS COMPROMISSOS		
Ativos Garantidores dos Compromissos do Plano de Benefícios	24,49%	27,32%
Valor Atual dos Benefícios Futuros - Concedidos	11,96%	10,35%
(-) Valor Atual das Contribuições Futuras - Concedidos	38,10%	-30,61%
Reserva Matemática de Benefícios Concedidos	11,87%	10,58%
Valor Atual dos Benefícios Futuros - a Conceder	21,86%	39,65%
(-) Valor Atual das Contribuições Futuras - a Conceder	15,16%	29,13%
Reserva Matemática de Benefícios a Conceder	28,35%	51,58%
Valor Atual da Compensação Financeira a Receber	-2,36%	29,39%
Valor Atual da Compensação Financeira a Pagar	0,00%	0,00%
Resultado Atuarial	17,08%	19,74%
CUSTO NORMAL		
CUSTO ANUAL PREVISTO (% SOBRE BASE DE CONTRIBUIÇÃO)		
Benefícios em Regime de Capitalização (%)	2,41%	2,42%
Benefícios em Regime de Repartição de Capitais de Cobertura (%)	-0,59%	-0,44%
Benefícios em Regime de Repartição Simples (%)	0,00%	0,00%
ALÍQUOTAS DE CUSTEIO NORMAL DEFINIDAS		
Ente Federativo - Contribuição Normal	0,00%	0,00%
Taxa de Administração	0,00%	0,00%

11.1 Evolução quantitativa do grupo segurado

Constatamos aumento do número de segurados ativos e estagnação do número de inativos, com valores de vencimentos/proventos dentro do esperado.

11.2 Evolução do Patrimônio

O Patrimônio total do RPPS evoluiu de **R$ 39.065.940,55** na avaliação atuarial de dezembro de 2022, para **R$ 48.632.139,03** em dezembro de 2023, apresentando **24,49**% de **crescimento**.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

11.3 Índice de Cobertura

A comparação do Patrimônio com a Provisão Matemática é representada pelo Índice de Cobertura (**IC**) e indica a medida da capacidade do plano de benefícios de honrar o compromisso com o grupo segurado, a seguir demonstrada:

Data-base	Provisão Matemática	Ativos Garantidores	Índice de Cobertura
dez/23	327.230.428,43	48.632.139,03	14,86%
dez/22	279.220.904,82	39.065.940,55	13,99%
dez/21	230.426.597,44	30.684.150,63	13,32%

Os fatores que mais influenciam na margem entre os recursos disponíveis pelo plano de benefícios e a responsabilidade assumida para com o grupo segurado assim se apresentam:

- A prática de taxas de juros decrescentes sob a égide da Portaria MF nº 464/2018 (até os estudos atuariais posicionados em dezembro de 2021) acarretou aumento das provisões matemáticas, consequência de menor desconto aplicado ao montante correspondente à responsabilidade do plano de benefícios para com seus participantes, quando trazido a valor presente. A partir da vigência da Portaria MTP n° 1.467/2022, com a determinação da taxa parâmetro associada à possibilidade de acréscimos percentuais em função de superação da meta atuarial pela rentabilidade das aplicações financeiras nos 5 últimos exercícios, permitiu-se praticar taxa de juros mais favorável ao cálculo das provisões matemáticas, reduzindo a pressão sobre o compromisso do fundo.
- rentabilidade dos ativos garantidores acima da meta atuarial de juros;
- atualização de tábuas de mortalidade, refletindo aumento da sobrevida média do grupo e, portanto, do compromisso de cobertura da massa segurada;
- redução do tempo disponível para que o fundo reúna as condições para quitação do compromisso com cada participante, revelando um valor a ser reservado maior, dada a proximidade da entrega do benefício.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

12. AVALIAÇÃO E IMPACTOS DO PERFIL ATUARIAL DO RPPS

Não houve alterações significativas no perfil atuarial; alterações havidas ocorreram dentro do esperado.

Em relação ao exercício anterior, constatou-se a seguinte movimentação no quadro de segurados:

- Aumento no quantitativo de segurados em atividade, com crescimento dos valores médios de remuneração.
- Aumento no quantitativo de aposentados, com crescimento dos valores médios de proventos de aposentadoria.
- Redução no quantitativo de pensionistas, com crescimento dos valores médios de pensão.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

13. PARECER ATUARIAL TRANSCRITO NO DRAA

13.1 Fundo em Capitalização

13.1.1 Perspectivas de alteração futura no perfil e na composição da massa de segurados

Verificou-se aumento no número de segurados ativos e aposentados em relação ao exercício anterior, com crescimento das bases de cálculo de remuneração e crescimento de proventos de aposentadoria e pensões, sem produzir impacto capaz de alterar o dimensionamento dos compromissos futuros do plano de benefícios.

13.1.2 Adequação da base de dados utilizada e respectivos impactos em relação aos resultados apurados

Concluído o processo de crítica da base cadastral referente ao grupo segurado, o conjunto de informações fornecido foi considerado suficientemente completo, consistente e adequado à análise técnica atuarial, em conformidade com o disposto na Portaria MTP n° 1.467/2022, relativamente aos requisitos de atualização, amplitude e consistência.

13.1.3 Análise dos regimes financeiros e métodos atuariais adotados e perspectivas futuras de comportamento dos custos e dos compromissos do plano de benefícios

Os regimes financeiros e métodos atuariais utilizados para o cálculo do financiamento dos benefícios previdenciários têm se mostrado adequados e eficazes, considerando o histórico do RPPS.

13.1.4 Adequação das hipóteses utilizadas às características da massa de segurados e de seus dependentes e análises de sensibilidade para os resultados

As hipóteses utilizadas estão adequadas ao RPPS, principalmente em relação ao crescimento salarial, taxa de juros e tábuas de mortalidade e invalidez, com aceitável oscilação dos resultados.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

13.1.5 Metodologia utilizada para a determinação do valor da compensação previdenciária a receber e os impactos nos resultados

Fomos informados de que não há valores recebidos a título de Compensação Previdenciária a serem deduzidos das Provisões Matemáticas de Benefícios Concedidos.

Não dispondo de todos os dados relativos à contagem de tempo anteriormente dedicado ao RGPS e os valores recolhidos, foi utilizado o recurso disponibilizado pela Portaria MTP n° 1.467/2022, correspondente a 6% do VABF a Conceder como referência para abatimento da Provisão Matemática.

13.1.6 Composição e características dos ativos garantidores

Para elaboração do estudo atuarial foi solicitada informação (conforme modelo definido pela Secretaria de Previdência) referente aos ativos garantidores, separados em:

- Aplicações em Segmento de Renda Fixa, RPPS
- Aplicações em Segmento de Renda Variável, RPPS
- Aplicações em Segmento Imobiliário, RPPS
- Aplicações em Enquadramento, RPPS
- Títulos e Valores Não Sujeitos ao Enquadramento, RPPS
- Demais Bens, Direitos e Ativos

13.1.7 Variação dos compromissos do plano - VABF (Valor Atual dos Benefícios Futuros) e VACF (Valor Atual das Contribuições Futuras)

Não houve alterações significativas no VABF e VACF.

13.1.8 Resultado da avaliação atuarial e situação financeira e atuarial do RPPS

O RPPS vem apresentando uma melhora a cada ano, sendo que o Patrimônio representava 13,99% da Provisão Matemática e hoje equivale a 14,86%.

13.1.9 Plano de custeio a ser implementado e medidas para manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial

O Plano de Custeio já adotado em lei se mostra **insuficiente** para o equilíbrio atuarial. Recomendamos um **ajuste no Plano de Custeio**, mediante pronta adoção de uma das alternativas para amortização do deficit elencadas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

13.1.10 Parecer sobre a análise comparativa dos resultados das três últimas avaliações atuariais

Constatamos aumento razoável no número de segurados, bem como dos valores de salários/benefícios.

13.1.11 Identificação dos principais riscos do plano de benefícios

Em razão da sua estrutura, o plano de benefícios apresenta o risco de aposentados e pensionistas superarem a expectativa de vida indicada nas tábuas de mortalidade utilizadas no cálculo, bem como de os ativos garantidores não alcançarem a meta atuarial.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

14. PARECER ATUARIAL CONCLUSIVO

14.1 Indicadores de sustentabilidade do plano

O Fundo Previdenciário demonstra liquidez e solvência satisfatórias.

14.2 Desempenho do plano de benefícios

A movimentação relativa entre a responsabilidade para com o grupo segurado e os recursos disponíveis para fazer-lhe frente vem sofrendo os efeitos produzidos pela associação dos seguintes fatores:

- aumento na expectativa de sobrevida do grupo em função da atualização anual de tábuas de mortalidade;
- rentabilidade acima da meta atuarial de juros em 2023.

14.3 Adequação da base cadastral

O cadastro recebido foi submetido a testes críticos e as inconsistências detectadas foram corrigidas pelo RPPS, resultando em base de dados considerada suficientemente completa, consistente e adequada à análise técnica atuarial, em conformidade com o disposto na Portaria MTP n° 1.467/2022, relativamente aos requisitos de atualização, amplitude e consistência.

Não é produzida qualquer alteração do banco de dados por iniciativa do atuário, significando que todo cálculo é realizado a partir de dados fornecidos pelo RPPS.

Quando a informação está incompleta e/ou incorreta, a crítica é encaminhada até a plena correção dos dados, ou seja, os resultados apurados refletem a imagem apresentada pelo banco de dados originado e eventualmente adequado exclusivamente pelo RPPS.

Eventuais intervenções se limitam à área em que há permissão concedida pela referida Portaria e consignada na Nota Técnica Atuarial para se adotar bases estatísticas conhecidas quando não se dispõe de informação consistente relativa a tempo de dedicação anterior em RGPS, percentual de segurados com cônjuges ou datas de nascimento de cônjuges e dependentes.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

14.4 Adequação das bases técnicas utilizadas

As hipóteses utilizadas estão adequadas ao RPPS, principalmente em relação ao crescimento salarial, taxas de juros e tábuas de mortalidade e invalidez, com aceitável oscilação dos resultados.

Os regimes financeiros e métodos atuariais utilizados para o cálculo do financiamento dos benefícios previdenciários têm se mostrado adequados e eficazes, considerando o histórico do RPPS.

14.5 Adequação da metodologia utilizada para determinação do valor da compensação previdenciária a receber e os impactos nos resultados

Foram informados os valores recebidos de compensação previdenciária, sendo deduzidos das Provisões Matemáticas de Benefícios Concedidos.

Com relação a quem está em atividade, para aqueles de quem não se dispõe de todos os dados para o cálculo da compensação previdenciária a receber, empregou-se o disposto na Portaria MTP n° 1.467/2022, utilizando o equivalente a 6% do Valor Atual dos Benefícios Futuros a Conceder como referência para abatimento da Provisão Matemática.

14.6 Plano de custeio a ser implementado em lei

Reiterando a recomendação de prática adequada de alíquotas de **Contribuição Normal** e consolidando os valores referidos nos capítulos **8**, **10**, **11** e **13**, assim se resume a alimentação a ser adotada para o custeio do plano de benefícios:

Categoria	Alíquota Definida na Avaliação (%)
Ente Federativo	18,45%
Taxa de Administração	3,60%
Ente Federativo - Total	**22,05%**
Segurados Ativos	14,00%
Aposentados	14,00%
Pensionistas	14,00%
TOTAL	**36,05%**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

14.7 Fatos relevantes

Diferente dos exercícios anteriores, onde a rentabilidade financeira foi afetada pela pandemia da Covid e seus efeitos, além das eleições no país em 2022, o exercício de 2023 obteve êxito no ganho financeiro, com a rentabilidade acima da meta de juros, estipulada na Política de Investimentos.

Em relação aos segurados, observamos uma estagnação do pessoal em atividade, onde poderá acarretar um aumento do custo previdenciário, em função do envelhecimento da massa e da proximidade da aposentadoria programada.

14.8 Considerações gerais

O estudo atuarial teve por objetivo estabelecer os níveis de contribuição dos segurados e empregadores para o Fundo de Previdência de tal modo que os aportes financeiros, devidamente capitalizados, sejam suficientes, por si sós, para custear as aposentadorias e pensões a serem concedidas.

O Fundo de Previdência, constituído em regime de capitalização com solidariedade financeira entre a geração atual e as futuras, irá custear as aposentadorias e pensões já concedidas e a conceder para as futuras aposentadorias e pensões.

Foi estabelecido um modelo matemático-atuarial que simulou a evolução provável dos futuros fluxos financeiros com concessão das aposentadorias e pensões e determinou os aportes necessários que, devidamente capitalizados, sejam suficientes para suprir as necessidades financeiras do Fundo de Previdência para os próximos 75 (setenta e cinco) anos.

São Paulo, 16 de abril de 2024.



Escritório Técnico de Assessoria Atuarial S/S Ltda.

Richard Dutzmann

Atuário - MIBA 935

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

15. ANEXOS

Anexo 1. Conceitos e definições

Anexo 2. Estatísticas

Anexo 3. Provisões Matemáticas a contabilizar

Anexo 4. Projeção da evolução das Provisões Matemáticas para os próximos 12 meses

Anexo 5. Resumo dos fluxos atuariais e da população coberta

Anexo 6. Projeções atuariais para o Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO

Anexo 7. Resultado da duração do passivo e análise evolutiva

Anexo 8. Ganhos e perdas atuariais

Anexo 9. Resultado da demonstração de viabilidade do Plano de Custeio

Anexo 10. Tábuas em geral

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANEXO 1. Conceitos e definições

ANEXO 1.1. Glossário

Alíquota de contribuição normal: percentual de contribuição instituído em lei do ente federativo, definido anualmente, para cobertura do custo normal e cujos valores são destinados à constituição de reservas com a finalidade de prover o pagamento de benefícios.

Alíquota de contribuição suplementar: percentual de contribuição estabelecido em lei do ente federativo, para cobertura do custo suplementar e equacionamento do deficit atuarial.

Análise de sensibilidade: método que busca mensurar o efeito de uma hipótese ou premissa no resultado de um estudo ou avaliação atuarial.

Aposentadoria: benefício concedido aos segurados ativos do RPPS em prestações continuadas e nas condições previstas na Constituição Federal, nas normas gerais de organização e funcionamento desses regimes e na legislação do ente federativo.

Aposentadoria por invalidez / **Aposentadoria por incapacidade permanente**: benefício concedido aos segurados do RPPS que, por doença ou acidente, forem considerados, por perícia médica do ente federativo ou da unidade gestora do RPPS, incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta sustento, nas condições previstas na Constituição Federal, nas normas gerais de organização e funcionamento desses regimes e na legislação do ente federativo.

Ativos garantidores dos compromissos do plano de benefícios: somatório dos recursos provenientes das contribuições, das disponibilidades decorrentes das receitas correntes e de capital e demais ingressos financeiros auferidos pelo RPPS, e dos bens, direitos, ativos financeiros e ativos de qualquer natureza vinculados, por lei, ao regime, destacados como investimentos, conforme normas contábeis aplicáveis ao setor público, excluídos os recursos relativos ao financiamento do custo administrativo do regime e aqueles vinculados aos fundos para oscilação de riscos e os valores das provisões para pagamento dos benefícios avaliados em regime de repartição de capitais de cobertura.

Atuário: profissional técnico especializado, bacharel em Ciências Atuariais e legalmente habilitado para o exercício da profissão nos termos do Decreto-Lei n° 806, de 04/09/1969.

Auditoria atuarial: exame dos aspectos atuariais do plano de benefícios do RPPS realizado por atuário ou empresa de consultoria atuarial certificada, com o objetivo de verificar e avaliar a coerência e a consistência da base cadastral, das bases técnicas adotadas, da adequação do plano de custeio, dos montantes estimados para as provisões

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

(reservas) matemáticas e fundos de natureza atuarial, bem como de demais aspectos que possam comprometer a liquidez e solvência do plano de benefícios.

Avaliação atuarial: documento elaborado por atuário, em conformidade com as bases técnicas estabelecidas para o plano de benefícios do RPPS, que caracteriza a massa de segurados e beneficiários e a base cadastral utilizada, discrimina os encargos, estima os recursos necessários e as alíquotas de contribuição normal e suplementar do plano de custeio de equilíbrio para todos os benefícios do plano, apresenta os montantes do fundo de natureza atuarial, das reservas técnicas e provisões matemáticas a contabilizar, o fluxo atuarial e as projeções atuariais exigidos pela legislação pertinente e que contém parecer atuarial conclusivo relativo à solvência e liquidez do plano de benefícios.

Base de cálculo: valor das parcelas da remuneração ou do subsídio adotadas como base para contribuição ao RPPS e para cálculo dos benefícios por meio de média aritmética.

Bases técnicas: premissas, pressupostos, hipóteses e parâmetros biométricos, demográficos, econômicos e financeiros utilizados e adotados no plano de benefícios pelo atuário, com a concordância dos representantes do RPPS, adequados e aderentes às características da massa de segurados e beneficiários do RPPS e ao seu regramento, compreendendo, também, os regimes financeiros adotados para o financiamento dos benefícios, as tábuas biométricas utilizadas, bem como fatores e taxas utilizados para a estimação de receitas e encargos.

Beneficiário: o segurado aposentado e o pensionista amparados em RPPS.

Benefício previdenciário: aposentadoria e pensão por morte.

Cálculo por integralidade: regra de definição do valor inicial de proventos de aposentadoria e das pensões por morte, que corresponderão à remuneração do segurado no cargo efetivo, ao subsídio, ou ao provento, conforme previsto na regra vigente para concessão desses benefícios quando da implementação dos requisitos pelo segurado ou beneficiário.

Cálculo por média: regra de definição dos proventos, que considera a média aritmética simples das bases de cálculo das contribuições aos regimes de previdência a que esteve filiado o segurado ou das bases para contribuições decorrentes das atividades militares de que tratam os arts. 42 e 142 da Constituição Federal, atualizadas monetariamente, correspondentes a todo o período contributivo, ou a parte deste, conforme regra vigente na data do implemento dos requisitos de aposentadoria.

Cargo efetivo: o conjunto de atribuições, deveres e responsabilidades específicas definidas em estatutos dos entes federativos cometidas a um servidor aprovado por meio de concurso público de provas ou de provas e títulos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Carreira: a sucessão de cargos efetivos, estruturados em níveis e graus segundo sua natureza, complexidade e o grau de responsabilidade, de acordo com o plano definido por lei de cada ente federativo.

Conselho deliberativo: órgão colegiado instituído na estrutura do ente federativo ou da unidade gestora do RPPS para o atendimento ao critério da organização e funcionamento desse regime, pelo qual deve ser garantida a participação de representantes dos beneficiários do regime nos colegiados ou instâncias de decisão em que seus interesses sejam objeto de discussão e deliberação.

Conselho fiscal: órgão colegiado instituído na estrutura do ente federativo ou da unidade gestora do RPPS, que supervisiona a execução das políticas formuladas pelo conselho deliberativo e as medidas e ações desenvolvidas pelo órgão de direção do RPPS.

Contribuições normais: as contribuições do ente e dos segurados e beneficiários destinadas à cobertura do custo normal do plano de benefícios, e as contribuições dos aposentados e pensionistas, inclusive em decorrência da ampliação da base de cálculo para o valor dos proventos de aposentadoria e de pensões por morte que supere o valor a partir do salário mínimo.

Contribuições suplementares: as contribuições a cargo do ente destinadas à cobertura do custo suplementar, que corresponde às necessidades de custeio, atuarialmente calculadas, referentes ao tempo de serviço passado, ao equacionamento do deficit e outras finalidades para o equilíbrio do regime não incluídas nas contribuições normais.

Custeio administrativo: contribuição considerada na avaliação atuarial, expressa em alíquotas e estabelecida em lei para o financiamento do custo administrativo do RPPS.

Custo administrativo: valor correspondente às necessidades de custeio das despesas correntes e de capital necessárias à organização e ao funcionamento da unidade gestora do RPPS, inclusive para a conservação de seu patrimônio, conforme limites estabelecidos em parâmetros gerais.

Custo normal: valor correspondente às necessidades de custeio do plano de benefícios do RPPS, atuarialmente calculadas, conforme os regimes financeiros adotados, referentes a períodos compreendidos entre a data da avaliação e a data de início dos benefícios.

Custo suplementar: valor correspondente às necessidades de custeio, atuarialmente calculadas, destinado à cobertura do tempo de serviço passado, ao equacionamento de deficit gerado pela ausência ou insuficiência de alíquotas de contribuição, inadequação das bases técnicas ou outras causas que ocasionaram a insuficiência de ativos necessários à cobertura das provisões matemáticas previdenciárias.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Data focal da avaliação atuarial: data na qual foram posicionados, a valor presente, os encargos, as contribuições e aportes relativos ao plano de benefícios, bem como os ativos garantidores, e na qual foram apurados o resultado e a situação atuarial do plano, sendo que nas avaliações atuariais anuais, a data focal é a do último dia do ano civil, 31 de dezembro.

Deficit atuarial: resultado negativo apurado por meio do confronto entre o somatório dos ativos garantidores dos compromissos do plano de benefícios e os valores atuais do fluxo de contribuições futuras, do fluxo dos valores líquidos da compensação financeira a receber, e dos parcelamentos vigentes a receber, menos o somatório dos valores atuais dos fluxos futuros de pagamento dos benefícios do plano de benefícios.

Deficit financeiro: valor da insuficiência financeira, período a período, apurada por meio do confronto entre o fluxo das receitas e o fluxo das despesas do RPPS em cada exercício financeiro.

Demonstrativo de Resultado da Avaliação Atuarial (DRAA): documento exclusivo de cada RPPS, que demonstra as características gerais do plano de benefícios, da massa segurada pelo plano e os principais resultados da avaliação atuarial, elaborado conforme definido pela Secretaria de Previdência - SPREV do Ministério do Trabalho e Previdência – MTP.

Dependente previdenciário: pessoa física que mantenha vinculação previdenciária com o segurado, na forma da lei.

Dirigente da unidade gestora do RPPS: representante legal ou o detentor da autoridade mais elevada da unidade gestora do RPPS, e os demais integrantes do órgão ou instância superior de direção da unidade imediatamente a ele subordinados, correspondentes aos diretores no caso de diretoria executiva, ou aos cargos com funções de direção assemelhadas, em caso de outra denominação do órgão ou instância superior de direção.

Duração do passivo: média ponderada dos prazos dos fluxos de pagamentos de benefícios de cada plano, líquidos de contribuições incidentes sobre esses pagamentos.

Ente federativo: a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Equacionamento de deficit atuarial: decisão do ente federativo quanto às formas, prazos, valores e condições em que se dará o completo reequilíbrio dos planos de custeio e de benefícios do RPPS, observadas as normas legais e regulamentares.

Equilíbrio atuarial: garantia de equivalência, a valor presente, entre o fluxo das receitas estimadas e das obrigações projetadas, ambas estimadas e projetadas atuarialmente, até a extinção da massa de segurados a que se refere; expressão utilizada para denotar a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

igualdade entre o total de recursos garantidores do plano de benefícios do RPPS, acrescido das contribuições futuras e direitos, e o total de compromissos atuais e futuros do regime.

Equilíbrio financeiro: garantia de equivalência entre as receitas auferidas e as obrigações do RPPS em cada exercício financeiro.

Equilíbrio financeiro e atuarial: a garantia de equivalência, a valor presente, entre o fluxo das receitas estimadas e das despesas projetadas, apuradas atuarialmente, que, juntamente com os bens, direitos e ativos vinculados, comparados às obrigações assumidas, evidenciem a solvência e a liquidez do plano de benefícios.

Estrutura a Termo da Taxa de Juros Média - ETTJM: a média das Estruturas a Termo de Taxa de Juros diárias embasadas nos títulos públicos federais indexados ao Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Evento gerador de benefício: evento que gera o direito e torna o segurado ativo do RPPS, ou o seu dependente e o segurado inativo elegíveis ao benefício.

Fluxo atuarial: discriminação dos fluxos de recursos, direitos, receitas e encargos do plano de benefícios do RPPS, benefício a benefício, período a período, que, se trazidos a valor presente pela taxa atuarial de juros adotada no plano, convergem para os resultados do Valor Atual dos Benefícios Futuros e do Valor Atual das Contribuições Futuras que deram origem aos montantes dos fundos de natureza atuarial, às provisões matemáticas (reservas) a contabilizar e ao deficit ou superavit apurados da avaliação atuarial.

Fundo em capitalização: fundo especial, instituído nos termos da Lei n° 4.320, de 17/03/1964, com a finalidade de acumulação de recursos para pagamento dos compromissos definidos no plano de benefícios do RPPS, no qual, pelo menos, as aposentadorias programadas e as pensões por morte decorrentes dessas aposentadorias são estruturadas sob o regime financeiro de capitalização.

Fundo em repartição: fundo especial, instituído nos termos da Lei n° 4.320, de 17/03/1964, em caso de segregação de massa, em que as contribuições a serem pagas pelo ente federativo, pelos segurados e beneficiários filiados ao RPPS são fixadas sem objetivo de acumulação de recursos, sendo as insuficiências aportadas pelo ente federativo, admitida a constituição de fundo para oscilação de riscos.

Fundo para oscilação de riscos: valor destinado à cobertura de riscos decorrentes de desvios das hipóteses adotadas na avaliação atuarial ou com o objetivo de antisseleção de riscos, cuja finalidade é manter nível de estabilidade do plano de custeio do RPPS e garantir sua solvência.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Ganhos e perdas atuariais: demonstrativo sobre o ajuste entre a realidade e a expectativa que se tinha quando da formulação do plano de custeio, acerca do comportamento das hipóteses e premissas atuariais.

Meta de rentabilidade: taxa anual de retorno esperada dos ativos garantidores dos compromissos do plano de benefícios, definida pela política de investimentos do RPPS.

Método de financiamento atuarial: metodologia adotada pelo atuário para estabelecer o nível de constituição das provisões necessárias à cobertura dos benefícios estruturados no regime financeiro de capitalização, em face das características biométricas, demográficas, econômicas e financeiras dos segurados do RPPS.

Nota Técnica Atuarial (NTA): documento técnico elaborado por atuário e exclusivo de cada RPPS, em conformidade com o disposto na Portaria MTP n° 1.467/2022, que contém todas as formulações e expressões de cálculo das alíquotas de contribuição e dos encargos do plano de benefícios, das provisões (reservas) matemáticas previdenciárias e fundos de natureza atuarial, em conformidade com as bases técnicas aderentes à população do RPPS, bem como descreve, de forma clara e precisa, as características gerais dos benefícios, as bases técnicas adotadas e metodologias utilizadas nas formulações.

Órgãos de controle externo: os tribunais de contas, responsáveis pela fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial dos entes federativos e entidades da administração pública direta e indireta, nos termos dos artigos 70 a 75 da Constituição Federal e respectivas constituições estaduais, e dos RPPS, na forma do inciso IX do artigo 1° da Lei n° 9.717/1998.

Parecer atuarial: documento emitido por atuário que apresenta de forma conclusiva a situação financeira e atuarial do plano de benefícios, no que se refere à sua liquidez de curto prazo e solvência, que certifica a adequação da base cadastral e das bases técnicas utilizadas na avaliação atuarial, a regularidade ou não do repasse de contribuições ao RPPS e a observância do plano de custeio vigente, a discrepância ou não entre o plano de custeio vigente e o plano de custeio de equilíbrio estabelecido na última avaliação atuarial e aponta medidas para a busca e manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial.

Paridade: forma de revisão dos proventos de aposentadoria e das pensões por morte aos quais foi assegurada a aplicação dessa regra, que ocorrerá na mesma proporção e na mesma data, sempre que se modificar a remuneração ou subsídio dos segurados em atividade, sendo também estendidos aos aposentados e pensionistas quaisquer benefícios ou vantagens posteriormente concedidos aos segurados, inclusive quando decorrentes da transformação ou reclassificação do cargo ou função em que se deu a aposentadoria ou que serviu de referência para a concessão de pensão por morte, desde que tenham natureza

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

permanente e geral e sejam compatíveis com o regime jurídico dos segurados em atividade, na forma da lei.

Passivo atuarial: valor presente, atuarialmente calculado, dos benefícios referentes aos servidores, dado determinado método de financiamento do plano de benefícios.

Pensionista: dependente em gozo de pensão previdenciária em decorrência de falecimento do segurado ao qual se encontrava vinculado.

Plano de benefícios: conjunto de benefícios de natureza previdenciária oferecidos aos segurados do RPPS, segundo as regras constitucionais e legais, limitado às aposentadorias e pensões por morte.

Plano de custeio: conjunto de alíquotas normais e suplementares e de aportes, discriminados por benefício, para financiamento do plano de benefícios e dos custos com a administração desse plano, necessários para se garantir o equilíbrio financeiro e atuarial do plano de benefícios proposto na avaliação atuarial.

Plano de custeio de equilíbrio: conjunto de alíquotas normais e suplementares e de aportes, discriminados por benefício, para financiamento do plano de benefícios e dos custos com a administração desse plano, necessários para se garantir o equilíbrio financeiro e atuarial do plano de benefícios proposto na avaliação atuarial.

Plano de custeio vigente: conjunto de alíquotas normais e suplementares e de aportes para financiamento do plano de benefícios e dos custos com a administração desse plano, estabelecido em lei pelo ente federativo e vigente na posição da avaliação atuarial.

Projeções atuariais: compreendem as projeções de todas as receitas e despesas do RPPS, considerando o fluxo atuarial dos benefícios calculados pelo regime financeiro de capitalização, os benefícios calculados por capitais de cobertura e os benefícios calculados por repartição simples, em caso de Fundo em Repartição e benefícios mantidos pelo Tesouro e taxa de administração.

Projeções atuariais com as alíquotas vigentes: compreendem as projeções de todas as receitas e despesas do RPPS, considerando o fluxo atuarial dos benefícios calculados pelo regime financeiro de capitalização, os benefícios calculados por capitais de cobertura, os benefícios calculados por repartição simples e taxa de administração, calculados com base nas alíquotas vigentes, para atender às exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Proventos integrais: regra de definição do valor inicial de proventos, sem proporcionalização, que corresponderão a 100% do valor calculado conforme descrito no cálculo por integralidade ou, pelo menos a 100% do valor calculado conforme descrito no cálculo por média, e acordo com a regra constitucional ou legal aplicável em cada hipótese.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Proventos proporcionais: proventos de aposentadoria concedidos ao segurado que não cumpriu os requisitos para obtenção dos proventos integrais, calculados conforme fração entre o tempo de contribuição do segurado e o tempo mínimo exigido para concessão de proventos integrais, calculado em dias, fração que será aplicada sobre a integralidade da remuneração do segurado ou sobre o resultado da média aritmética das bases de cálculo de contribuição com os percentuais a ela acrescidos, conforme regra constitucional ou legal aplicável em cada hipótese.

Provisão matemática de benefícios a conceder: corresponde ao valor presente dos encargos (compromissos) com um determinado benefício não concedido, líquidos das contribuições futuras e aportes futuros, ambos também a valor presente.

Provisão matemática de benefícios concedidos: corresponde ao valor presente dos encargos (compromissos) com um determinado benefício já concedido, líquidos das contribuições futuras e aportes futuros, ambos também a valor presente.

Reajustamento anual: forma de revisão dos proventos e das pensões por morte aos quais não foi garantida a aplicação da paridade, para preservar, em caráter permanente, o valor desses benefícios, conforme índice definido na legislação de cada ente federativo.

Recursos previdenciários: as contribuições e quaisquer valores, bens, ativos e seus rendimentos vinculados ao RPPS ou aos fundos previdenciários, de que trata o art. 6º da Lei nº 9.717/1998, inclusive a totalidade dos créditos do ente instituidor do benefício, reconhecidos pelo regime de origem, relativos à compensação financeira prevista nos §§ 9º e 9º-A do art, 201 da Constituição Federal e os recursos destinados à taxa de administração.

Regime financeiro de capitalização: regime no qual o valor atual de todo o fluxo de contribuições normais e suplementares futuras acrescido ao patrimônio do plano é igual ao valor atual de todo fluxo de pagamento de benefícios futuros, fluxo este considerado até sua extinção e para todos os benefícios cujo evento gerador venha a ocorrer no período futuro dos fluxos, requerendo o regime, pelo menos, a constituição:

a) de provisão matemática de benefícios a conceder até a data prevista para início do benefício, apurada de acordo com o método de financiamento estabelecido, e
b) de provisão matemática de benefícios concedidos para cada benefício do plano a partir da data de sua concessão.

Regime financeiro de repartição de capitais de cobertura: regime no qual o valor atual de todo o fluxo de contribuições normais futuras de um único período é igual ao valor atual de todo o fluxo de pagamento de benefícios futuros, considerado até sua extinção, para benefícios cujo evento gerador venha a ocorrer naquele único período, requerendo o

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

regime, no mínimo, a constituição de provisão matemática de benefícios concedidos para cada benefício a partir da data de sua concessão.

Regime financeiro de repartição simples: regime em que o valor atual do fluxo de contribuições normais futuras de um único exercício é igual ao valor atual de todo o fluxo de benefícios futuros cujo pagamento venha a ocorrer nesse mesmo exercício.

Regime Geral de Previdência Social – RGPS: regime de filiação obrigatória para os trabalhadores não vinculados a regime próprio de previdência social.

Regime Próprio de Previdência Social – RPPS: regime de previdência instituído no âmbito da União, dos Estados, do Distrito federal e dos Municípios até 13/11/2019, data de publicação da Emenda Constitucional nº 103/2019, que assegure, por lei, aos seus segurados, os benefícios de aposentadorias e pensão por morte previstos no art. 40 a Constituição Federal.

Relatório da Avaliação Atuarial: documento elaborado por atuário legalmente habilitado, que apresenta os resultados do estudo técnico desenvolvido, baseado na Nota Técnica Atuarial e demais bases técnicas, com o objetivo principal de estabelecer, de forma suficiente e adequada, os recursos necessários para a garantia do equilíbrio financeiro e atuarial do plano de previdência.

Relatório de Análise das Hipóteses: instrumento de responsabilidade da unidade gestora do RPPS, elaborado por atuário legalmente responsável, pelo qual demonstra-se a adequação e aderência das bases técnicas adotadas na avaliação atuarial do regime próprio às características da massa de beneficiários do regime e aos parâmetros gerais estabelecidos na Portaria MTP nº 1.467/2022.

Remuneração do cargo efetivo: o valor constituído pelo subsídio, pelos vencimentos e pelas vantagens pecuniárias permanentes do cargo, estabelecidos em lei de cada ente, acrescido dos adicionais de caráter individual e das vantagens pessoais permanentes.

Reserva administrativa: reserva constituída com os recursos destinados ao financiamento do custo administrativo do RPPS, relativos ao exercício corrente ou de sobras de custeio de exercícios anteriores e respectivos rendimentos, provenientes de alíquota de contribuição integrante do plano de custeio normal, aportes estabelecidos para essa finalidade, repasses financeiros ou pagamentos diretos pelo ente federativo ou destinados a fundo administrativo instituído nos termos da Lei n° 4.320, de 17/03/1964.

Reserva de contingência: montante decorrente do resultado superavitário para garantia de benefícios.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Responsável pela gestão das aplicações dos recursos do RPPS: o dirigente ou servidor da unidade gestora do RPPS formalmente designado para a função, por ato da autoridade competente.

Resultado atuarial: resultado apurado por meio do confronto entre o somatório dos ativos garantidores dos compromissos do plano de benefícios com os valores atuais do fluxo de contribuições futuras, do fluxo dos valores líquidos da compensação financeira a receber, menos o somatório dos valores atuais dos fluxos futuros de pagamento dos benefícios do plano de benefícios, sendo superavitário caso as receitas superem as despesas, e deficitário, em caso contrário.

RPPS em extinção: o RPPS do ente federativo que deixou de assegurar em lei os benefícios de aposentadoria e pensão por morte a todos os segurados, mantendo a responsabilidade pelo pagamento de benefícios concedidos, bem como daqueles cujos requisitos necessários à sua concessão foram implementados anteriormente à vigência da lei.

Segregação de massas: a separação dos segurados do plano de benefícios do RPPS em grupos distintos que integrarão o Fundo de Capitalização e o Fundo de Repartição.

Segurado: servidor público em atividade titular de cargo efetivo, membro da magistratura, do Ministério Público, da Defensoria Pública e dos Tribunais de Contas de quaisquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações.

Segurado aposentado: o segurado em gozo de aposentadoria.

Segurado ativo: o segurado que esteja em fase laborativa.

Serviço passado: parcela do passivo atuarial do segurado correspondente ao período anterior a seu ingresso no RPPS do ente, para o qual não exista compensação previdenciária integral. No caso do aposentado ou pensionista, é a parcela do passivo atuarial relativa ao período anterior à assunção pelo regime próprio e para o qual não houve contribuição para o correspondente custeio.

Sobrevida média dos aposentados e pensionistas: representa a sobrevida média da tábua de mortalidade na data da avaliação atuarial e expresso em anos dos aposentados e pensionistas vitalícios e da duração do tempo do benefício das pensões temporárias.

Superavit atuarial: resultado positivo apurado por meio do confronto entre o somatório dos ativos garantidores dos compromissos do plano de benefícios com os valores atuais do fluxo de contribuições futuras e do fluxo dos valores líquidos da compensação financeira a receber, menos o somatório dos valores atuais dos fluxos futuros de pagamento dos benefícios do plano de benefícios.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Tábuas biométricas: instrumentos demográficos estatísticos utilizados nas bases técnicas da avaliação atuarial que estimam as probabilidades de ocorrência de eventos relacionados de determinado grupo de pessoas, como sobrevivência, mortalidade, invalidez e morbidade.

Taxa atuarial de juros: taxa anual utilizada no cálculo dos direitos e compromissos do plano de benefícios a valor presente, sem utilização do índice oficial de inflação de referência do plano de benefícios.

Taxa de administração: o valor financiado por meio de alíquota de contribuição, a ser somada às alíquotas de cobertura do custo normal do RPPS ou outra forma prevista em lei de cada ente, para custeio das despesas correntes e de capital necessárias à organização, administração e ao funcionamento do regime, inclusive para conservação de seu patrimônio, observados limites anuais de gastos e a sua manutenção de forma segregada dos recursos destinados ao pagamento de benefícios.

Taxa de juros parâmetro: taxa cujo ponto da Estrutura a Termo de Taxa de Juros Média, divulgada anualmente pela Secretaria de Previdência, seja o mais próximo à duração do passivo do respectivo plano de benefícios.

Tempo de efetivo exercício no serviço público: o tempo de exercício de cargo, inclusive militar, função ou emprego público, ainda que descontínuo, na administração direta e indireta de qualquer dos entes federativos.

Unidade gestora: entidade ou órgão único, de natureza pública, de cada ente federativo, abrangendo todos os poderes, órgãos e entidades autárquicas e fundacionais, que tenha por finalidade a administração, o gerenciamento e a operacionalização do RPPS, incluindo a arrecadação e gestão de recursos e fundos previdenciários, a concessão, o pagamento e a manutenção dos benefícios previdenciários.

Valor atual das contribuições futuras - VACF: valor presente atuarial do fluxo das futuras contribuições de um plano de benefícios, considerando as bases técnicas indicadas na Nota Técnica Atuarial e os preceitos da Ciência Atuarial.

Valor atual dos benefícios futuros - VABF: valor presente atuarial do fluxo dos futuros pegamentos de benefícios de um plano de benefícios, considerados as bases técnicas indicadas na Nota Técnica Atuarial e os preceitos da Ciência Atuarial.

Valor justo: valor pelo qual um ativo pode ser negociado ou um passivo liquidado entre as partes interessadas, em condições ideais e com a ausência de fatores que pressionem para a liquidação da transação ou que caracterizem uma transação de comercialização.

Viabilidade financeira: capacidade de o ente federativo dispor de recursos financeiros suficientes para honrar os compromissos previstos no plano de benefícios do RPPS.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Viabilidade fiscal: capacidade de cumprimento dos limites fiscais previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal.

Viabilidade orçamentária: capacidade de o ente federativo consignar receitas e fixar despesas em seu orçamento anual, suficientes para honrar os compromissos com o RPPS.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANEXO 1.2 Notação atuarial

A notação básica utilizada e sua definição são as seguintes:

i	Taxa anual de juros.
v^n	Valor atual da unidade de capital exigível após **"n"** anos.
j_1	Taxa anual de crescimento do salário por mérito.
j_2	Projeção de crescimento real dos benefícios do plano.
γ_1	Fator de determinação do valor real ao longo do tempo dos salários.
γ_2	Fator de determinação do valor real ao longo do tempo dos benefícios.
R_m	Remuneração mensal paga pelo ente público empregador ao segurado enquanto ativo.
P_A	Provento mensal de aposentadoria pago pelo órgão previdencial ao segurado enquanto aposentado.
P_p	Provento mensal de pensão pago pelo órgão previdencial ao grupo de dependentes do ex-segurado enquanto pensionistas.
x	Idade, em anos completos, do segurado (servidor) no momento do cálculo.
x_0	Idade, em anos completos, do segurado quando do início da atividade.
$\bar{x}$	Idade média atuarial do grupo segurado.
y_k	Idade, em anos completos, do dependente de ordem **"k"** do segurado.
l_x	Número de vivos na idade **"x"**, em uma tábua de mortalidade.
q_x^{aa}	Taxa anual de mortalidade de um ativo na idade **"x"**.
${}_np_x^{ai}$	Probabilidade de um ativo de idade **"x"** ficar inválido e sobreviver à idade **"x + n"**.
q_x^S	Probabilidade de um ativo de idade **"x"** não completar a idade **"x + 1"** vinculado ao órgão previdencial, em razão de perda do vínculo de trabalho com o ente público empregador.
${}_np_x^T$	Probabilidade de um ativo de idade **"x"** completar a idade **"x + n"** em atividade e com vínculo de trabalho com o ente público empregador.
i_x	Taxa anual de invalidez na idade **"x"**.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

VASF	Valor atual dos salários futuros.
CP	Valor da parcela mensal da contribuição dos segurados ativos, aposentados e pensionistas destinada ao custeio da aposentadoria.
CE	Valor da parcela mensal da contribuição do ente empregador, a favor do segurado, destinada ao custeio da aposentadoria.
a_x	Valor atual de uma renda unitária, anual, postecipada, pagável a uma pessoa de idade **"x"** enquanto viver.
$a_x^{(12)}$	Valor atual de uma renda unitária, anual, pagável a uma pessoa de idade **"x"** enquanto viver. Os termos da renda são devidos na fração duodécima da unidade monetária e em cada fração duodécima do ano, sendo o vencimento de cada parcela ao final do período.
a_x^{i}	Valor atual de uma renda unitária, anual, postecipada, pagável a um inválido de idade **"x"** enquanto viver.
$a_x^{i(12)}$	Valor atual de uma renda unitária, anual, pagável a um inválido de idade **"x"** enquanto viver. Os termos da renda são devidos na fração duodécima da unidade monetária e em cada fração duodécima do ano, sendo o vencimento de cada parcela ao final do período.
$a_{x:\overline{w}\vert}^{T}$	Valor atual de uma renda unitária, anual, postecipada, pagável a ou por um ativo de idade **"x"** enquanto permanecer vinculado ao órgão previdencial na condição de ativo, mas no máximo durante **"w"** anos.
$a_{x:\overline{w}\vert}^{T(12)}$	Valor atual de uma renda unitária, anual, postecipada, pagável a ou por um ativo de idade **"x"** enquanto permanecer vinculado ao órgão previdencial na condição de ativo, mas no máximo durante **"w"** anos. Os termos da renda são devidos na fração duodécima da unidade monetária e em cada fração duodécima do ano, sendo o vencimento de cada parcela ao final do período.
$a_{\overline{y_1\, y_2\, y_3 \cdots y_n}}$	Valor atual de uma renda unitária, anual, postecipada, pagável ao grupo "$y_1\ y_2\ y_3 \ldots\ y_n$" até a sua extinção.
$a_{\overline{y_1\, y_2\, y_3 \cdots y_n}}^{(12)}$	Valor atual de uma renda unitária, anual, postecipada, pagável ao grupo "$y_1\ y_2\ y_3 \ldots\ y_n$" até a sua extinção. Os termos da renda são devidos na fração duodécima da unidade monetária e em cada fração duodécima do ano.
VABF	Valor atual dos benefícios futuros.
VACF	Valor atual das contribuições futuras.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

NE	Número esperado de eventos geradores de benefícios, no decurso de um ano.
E (x)	Valor médio do benefício pago, decorrente da realização de um evento gerador.
Z_{α}	Valor da abcissa à direita na distribuição normal no ponto "**α**" de significância estatística.
CAE	O valor do custo anual estimado de um benefício estudado em regime de repartição simples.

Obs.: por força das diferenças de nomenclatura das normas legais, salário equivale à remuneração ou vencimento e no caso de aposentados e pensionistas, equivale a provento.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANEXO 2. Estatísticas

POPULAÇÃO COBERTA	Quantidade			Média da Base de Cálculo ou Média do Valor do Benefício		Idade Média		Idade Média Projetada para Aposentadoria Programada		Idade Média de Admissão	
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Aposentadoria por Idade	29	4	33	1.769,96	1.392,23	71,86	76,50				
Aposentadoria por Tempo de Contribuição	126	21	147	4.373,24	5.001,80	62,98	67,52				
Aposentadoria Compulsória	2	3	5	2.050,72	1.384,19	83,50	81,00				
Aposentadoria por Invalidez	114	37	151	2.455,05	3.470,93	59,64	64,05				
Apos. especial - atividade prejudicial à saúde	11	8	19	4.007,85	4.876,87	61,73	64,00				
Pensões	43	26	69	2.386,74	1.722,84	67,60	56,46				
Servidores Iminentes - Sem critério diferenciado	17	12	29	3.518,29	2.272,95	60,18	61,58	60,18	61,58	34,35	33,42
Servidores - Sem critério diferenciado	303	157	460	2.650,60	3.006,06	42,57	45,22	63,48	65,38	33,07	33,77
Servidores Iminentes - Aposentadoria professor	15	1	16	4.637,65	11.157,65	58,87	57,00	58,87	57,00	38,67	27,00
Servidores - Aposentadoria professor	271	30	301	3.848,83	3.802,94	46,12	39,70	63,13	62,80	36,39	32,13

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ATIVOS EM MÚLTIPLOS DE SALÁRIOS

Instituto de Previdência do Município de Igarapava

(Homens e Mulheres)

Faixa em Multiplos Salários	Número de Partic.	Relação a Quantidade		Relação a Fl.Vencto		Faixa em Multiplos Salários	Número de Partic.	Relação a Quantidade		Relação a Fl.Vencto	
		% Partic.	% Acum.	% Partic.	% Acum.			% Partic.	% Acum.	% Partic.	% Acum.
0 a 1	4	0,50	0,50	0,20	0,20	60 a 61	0	0,00	100,00	0,00	100,00
1 a 2	344	42,68	43,18	22,36	22,56	61 a 62	0	0,00	100,00	0,00	100,00
2 a 3	215	26,67	69,85	28,34	50,90	62 a 63	0	0,00	100,00	0,00	100,00
3 a 4	162	20,10	89,95	27,45	78,35	63 a 64	0	0,00	100,00	0,00	100,00
4 a 5	50	6,20	96,15	10,84	89,19	64 a 65	0	0,00	100,00	0,00	100,00
5 a 6	12	1,49	97,64	3,33	92,53	65 a 66	0	0,00	100,00	0,00	100,00
6 a 7	8	0,99	98,64	2,57	95,10	66 a 67	0	0,00	100,00	0,00	100,00
7 a 8	4	0,50	99,13	1,53	96,63	67 a 68	0	0,00	100,00	0,00	100,00
8 a 9	2	0,25	99,38	0,87	97,49	68 a 69	0	0,00	100,00	0,00	100,00
9 a 10	3	0,37	99,75	1,46	98,96	69 a 70	0	0,00	100,00	0,00	100,00
10 a 11	2	0,25	100,00	1,04	100,00	70 a 71	0	0,00	100,00	0,00	100,00
11 a 12	0	0,00	100,00	0,00	100,00	71 a 72	0	0,00	100,00	0,00	100,00
12 a 13	0	0,00	100,00	0,00	100,00	72 a 73	0	0,00	100,00	0,00	100,00
13 a 14	0	0,00	100,00	0,00	100,00	73 a 74	0	0,00	100,00	0,00	100,00
14 a 15	0	0,00	100,00	0,00	100,00	74 a 75	0	0,00	100,00	0,00	100,00
15 a 16	0	0,00	100,00	0,00	100,00	75 a 76	0	0,00	100,00	0,00	100,00
16 a 17	0	0,00	100,00	0,00	100,00	76 a 77	0	0,00	100,00	0,00	100,00
17 a 18	0	0,00	100,00	0,00	100,00	77 a 78	0	0,00	100,00	0,00	100,00
18 a 19	0	0,00	100,00	0,00	100,00	78 a 79	0	0,00	100,00	0,00	100,00
19 a 20	0	0,00	100,00	0,00	100,00	79 a 80	0	0,00	100,00	0,00	100,00
20 a 21	0	0,00	100,00	0,00	100,00	80 a 81	0	0,00	100,00	0,00	100,00
21 a 22	0	0,00	100,00	0,00	100,00	81 a 82	0	0,00	100,00	0,00	100,00
22 a 23	0	0,00	100,00	0,00	100,00	82 a 83	0	0,00	100,00	0,00	100,00
23 a 24	0	0,00	100,00	0,00	100,00	83 a 84	0	0,00	100,00	0,00	100,00
24 a 25	0	0,00	100,00	0,00	100,00	84 a 85	0	0,00	100,00	0,00	100,00
25 a 26	0	0,00	100,00	0,00	100,00	85 a 86	0	0,00	100,00	0,00	100,00
26 a 27	0	0,00	100,00	0,00	100,00	86 a 87	0	0,00	100,00	0,00	100,00
27 a 28	0	0,00	100,00	0,00	100,00	87 a 88	0	0,00	100,00	0,00	100,00
28 a 29	0	0,00	100,00	0,00	100,00	88 a 89	0	0,00	100,00	0,00	100,00
29 a 30	0	0,00	100,00	0,00	100,00	89 a 90	0	0,00	100,00	0,00	100,00
30 a 31	0	0,00	100,00	0,00	100,00	90 a 91	0	0,00	100,00	0,00	100,00
31 a 32	0	0,00	100,00	0,00	100,00	91 a 92	0	0,00	100,00	0,00	100,00
32 a 33	0	0,00	100,00	0,00	100,00	92 a 93	0	0,00	100,00	0,00	100,00
33 a 34	0	0,00	100,00	0,00	100,00	93 a 94	0	0,00	100,00	0,00	100,00
34 a 35	0	0,00	100,00	0,00	100,00	94 a 95	0	0,00	100,00	0,00	100,00
35 a 36	0	0,00	100,00	0,00	100,00	95 a 96	0	0,00	100,00	0,00	100,00
36 a 37	0	0,00	100,00	0,00	100,00	96 a 97	0	0,00	100,00	0,00	100,00
37 a 38	0	0,00	100,00	0,00	100,00	97 a 98	0	0,00	100,00	0,00	100,00
38 a 39	0	0,00	100,00	0,00	100,00	98 a 99	0	0,00	100,00	0,00	100,00
39 a 40	0	0,00	100,00	0,00	100,00	99 a 100	0	0,00	100,00	0,00	100,00
40 a 41	0	0,00	100,00	0,00	100,00	100 a 101	0	0,00	100,00	0,00	100,00
41 a 42	0	0,00	100,00	0,00	100,00	101 a 102	0	0,00	100,00	0,00	100,00
42 a 43	0	0,00	100,00	0,00	100,00	102 a 103	0	0,00	100,00	0,00	100,00
43 a 44	0	0,00	100,00	0,00	100,00	103 a 104	0	0,00	100,00	0,00	100,00
44 a 45	0	0,00	100,00	0,00	100,00	104 a 105	0	0,00	100,00	0,00	100,00
45 a 46	0	0,00	100,00	0,00	100,00	105 a 106	0	0,00	100,00	0,00	100,00
46 a 47	0	0,00	100,00	0,00	100,00	106 a 107	0	0,00	100,00	0,00	100,00
47 a 48	0	0,00	100,00	0,00	100,00	107 a 108	0	0,00	100,00	0,00	100,00
48 a 49	0	0,00	100,00	0,00	100,00	108 a 109	0	0,00	100,00	0,00	100,00
49 a 50	0	0,00	100,00	0,00	100,00	109 a 110	0	0,00	100,00	0,00	100,00
50 a 51	0	0,00	100,00	0,00	100,00	110 a 111	0	0,00	100,00	0,00	100,00
51 a 52	0	0,00	100,00	0,00	100,00	111 a 112	0	0,00	100,00	0,00	100,00
52 a 53	0	0,00	100,00	0,00	100,00	112 a 113	0	0,00	100,00	0,00	100,00
53 a 54	0	0,00	100,00	0,00	100,00	113 a 114	0	0,00	100,00	0,00	100,00
54 a 55	0	0,00	100,00	0,00	100,00	114 a 115	0	0,00	100,00	0,00	100,00
55 a 56	0	0,00	100,00	0,00	100,00	115 a 116	0	0,00	100,00	0,00	100,00
56 a 57	0	0,00	100,00	0,00	100,00	116 a 117	0	0,00	100,00	0,00	100,00
57 a 58	0	0,00	100,00	0,00	100,00	117 a 118	0	0,00	100,00	0,00	100,00
58 a 59	0	0,00	100,00	0,00	100,00	118 a 119	0	0,00	100,00	0,00	100,00
59 a 60	0	0,00	100,00	0,00	100,00	119 a 120	0	0,00	100,00	0,00	100,00
						+ de 120	0	0,00	100,00	0,00	100,00

Total dos Vencimentos dos Servidores Ativos: R$ 2.600.012,73 Vencimento Médio: R$ 3.225,82

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ATIVOS POR TEMPO DE PREFEITURA E REMUNERAÇÃO

Instituto de Previdência do Município de Igarapava

(Homens e Mulheres)

Tempo Pref. em Anos	Servidores			Vencimentos			
	Número	%	% Acumulado	Na Faixa	%	% Acumulado	Médio
0	74	9,18	9,18	234.640,20	9,02	9,02	3.170,81
1	131	16,25	25,43	348.923,77	13,42	22,44	2.663,54
2	94	11,66	37,10	263.228,36	10,12	32,57	2.800,30
3	0	0,00	37,10	0,00	0,00	32,57	0,00
4	2	0,25	37,34	14.602,74	0,56	33,13	7.301,37
5	0	0,00	37,34	0,00	0,00	33,13	0,00
6	0	0,00	37,34	0,00	0,00	33,13	0,00
7	54	6,70	44,04	158.085,44	6,08	39,21	2.927,51
8	38	4,71	48,76	140.339,10	5,40	44,61	3.693,13
9	18	2,23	50,99	41.676,34	1,60	46,21	2.315,35
10	22	2,73	53,72	76.082,83	2,93	49,14	3.458,31
11	43	5,33	59,06	140.189,34	5,39	54,53	3.260,22
12	17	2,11	61,17	45.941,06	1,77	56,30	2.702,42
13	0	0,00	61,17	0,00	0,00	56,30	0,00
14	2	0,25	61,41	11.707,44	0,45	56,75	5.853,72
15	33	4,09	65,51	133.555,43	5,14	61,88	4.047,13
16	53	6,58	72,08	150.259,39	5,78	67,66	2.835,08
17	0	0,00	72,08	0,00	0,00	67,66	0,00
18	0	0,00	72,08	0,00	0,00	67,66	0,00
19	1	0,12	72,21	3.162,75	0,12	67,78	3.162,75
20	58	7,20	79,40	195.789,11	7,53	75,31	3.375,67
21	105	13,03	92,43	376.894,98	14,50	89,81	3.589,48
22	0	0,00	92,43	0,00	0,00	89,81	0,00
23	0	0,00	92,43	0,00	0,00	89,81	0,00
24	0	0,00	92,43	0,00	0,00	89,81	0,00
25	0	0,00	92,43	0,00	0,00	89,81	0,00
26	1	0,12	92,56	3.240,98	0,12	89,93	3.240,98
27	2	0,25	92,80	23.425,92	0,90	90,84	11.712,96
28	14	1,74	94,54	55.896,81	2,15	92,99	3.992,63
29	6	0,74	95,29	19.637,58	0,76	93,74	3.272,93
30	24	2,98	98,26	89.882,23	3,46	97,20	3.745,09
31	2	0,25	98,51	18.589,57	0,71	97,91	9.294,79
32	6	0,74	99,26	24.099,84	0,93	98,84	4.016,64
33	1	0,12	99,38	2.272,22	0,09	98,93	2.272,22
34	2	0,25	99,63	16.471,35	0,63	99,56	8.235,68
35	3	0,37	100,00	11.417,95	0,44	100,00	3.805,98
36	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
37	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
38	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
39	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
40	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
41	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
42	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
43	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
44	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
45	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
46	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
47	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
48	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
49	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
50	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
TOTAL	**806**		**100,00**	**2.600.012,73**		**100,00**	**3.225,82**

Tempo Médio de Participação na Prefeitura: 10,73 anos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ATIVOS POR ANOS PARA APOSENTAR E REMUNERAÇÃO

Instituto de Previdência do Município de Igarapava

(Homens e Mulheres)

Anos para Aposentar	Servidores			Vencimentos			
	Número	%	% Acumulado	Na Faixa	%	% Acumulado	Médio
0	45	5,58	5,58	167.808,81	6,45	6,45	3.729,08
1	2	0,25	5,83	9.603,57	0,37	6,82	4.801,79
2	8	0,99	6,82	46.822,69	1,80	8,62	5.852,84
3	5	0,62	7,44	21.504,60	0,83	9,45	4.300,92
4	14	1,74	9,18	53.745,08	2,07	11,52	3.838,93
5	11	1,36	10,55	43.562,48	1,68	13,19	3.960,23
6	21	2,61	13,15	106.577,76	4,10	17,29	5.075,13
7	38	4,71	17,87	106.851,85	4,11	21,40	2.811,89
8	10	1,24	19,11	34.601,83	1,33	22,73	3.460,18
9	18	2,23	21,34	62.039,84	2,39	25,12	3.446,66
10	15	1,86	23,20	58.001,59	2,23	27,35	3.866,77
11	24	2,98	26,18	83.961,26	3,23	30,58	3.498,39
12	37	4,59	30,77	144.204,65	5,55	36,13	3.897,42
13	19	2,36	33,13	80.541,63	3,10	39,22	4.239,03
14	13	1,61	34,74	37.454,05	1,44	40,66	2.881,08
15	33	4,09	38,83	106.443,44	4,09	44,76	3.225,56
16	26	3,23	42,06	71.599,64	2,75	47,51	2.753,83
17	28	3,47	45,53	84.844,46	3,26	50,78	3.030,16
18	24	2,98	48,51	81.446,19	3,13	53,91	3.393,59
19	23	2,85	51,36	71.446,63	2,75	56,66	3.106,38
20	38	4,71	56,08	108.460,02	4,17	60,83	2.854,21
21	25	3,10	59,18	72.317,23	2,78	63,61	2.892,69
22	13	1,61	60,79	38.099,93	1,47	65,07	2.930,76
23	15	1,86	62,66	52.384,13	2,01	67,09	3.492,28
24	14	1,74	64,39	55.855,22	2,15	69,24	3.989,66
25	32	3,97	68,36	106.240,49	4,09	73,32	3.320,02
26	75	9,31	77,67	222.074,90	8,54	81,86	2.961,00
27	41	5,09	82,75	117.293,06	4,51	86,38	2.860,81
28	23	2,85	85,61	59.236,42	2,28	88,65	2.575,50
29	9	1,12	86,72	22.198,83	0,85	89,51	2.466,54
30	14	1,74	88,46	35.152,30	1,35	90,86	2.510,88
31	8	0,99	89,45	21.155,03	0,81	91,67	2.644,38
32	9	1,12	90,57	27.207,51	1,05	92,72	3.023,06
33	10	1,24	91,81	20.615,61	0,79	93,51	2.061,56
34	12	1,49	93,30	40.301,00	1,55	95,06	3.358,42
35	3	0,37	93,67	8.120,90	0,31	95,38	2.706,97
36	7	0,87	94,54	20.634,97	0,79	96,17	2.947,85
37	9	1,12	95,66	15.765,23	0,61	96,78	1.751,69
38	7	0,87	96,53	16.454,06	0,63	97,41	2.350,58
39	7	0,87	97,39	17.583,82	0,68	98,08	2.511,97
40	5	0,62	98,01	15.012,64	0,58	98,66	3.002,53
41	3	0,37	98,39	8.896,15	0,34	99,00	2.965,38
42	6	0,74	99,13	12.463,91	0,48	99,48	2.077,32
43	3	0,37	99,50	5.577,52	0,21	99,70	1.859,17
44	0	0,00	99,50	0,00	0,00	99,70	0,00
45	2	0,25	99,75	4.234,42	0,16	99,86	2.117,21
46	2	0,25	100,00	3.615,38	0,14	100,00	1.807,69
47	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
48	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
49	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
50	0	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00
TOTAL	**806**		**100,00**	**2.600.012,73**		**100,00**	**3.225,82**

PRAZO MÉDIO PARA APOSENTAR: 18,79 anos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIDORES ATIVOS POR IDADE E REMUNERAÇÃO

Instituto de Previdência do Município de Igarapava

(Homens e Mulheres)

Idade	Servidores			Vencimentos			
	Número	%	% Acumulado	Na Faixa	%	% Acumulado	Médio
16	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
17	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
18	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
21	2	0,25	0,25	3.615,38	0,14	0,14	1.807,69
22	6	0,74	0,99	9.247,85	0,36	0,49	1.541,31
23	2	0,25	1,24	3.615,38	0,14	0,63	1.807,69
24	8	0,99	2,23	16.927,41	0,65	1,28	2.115,93
25	12	1,49	3,72	26.003,97	1,00	2,28	2.167,00
26	11	1,36	5,09	24.311,46	0,94	3,22	2.210,13
27	5	0,62	5,71	15.760,88	0,61	3,83	3.152,18
28	12	1,49	7,20	39.783,40	1,53	5,36	3.315,28
29	7	0,87	8,06	20.532,15	0,79	6,15	2.933,16
30	14	1,74	9,80	32.736,54	1,26	7,41	2.338,32
31	11	1,36	11,17	24.330,39	0,94	8,34	2.211,85
32	9	1,12	12,28	18.168,03	0,70	9,04	2.018,67
33	13	1,61	13,90	47.589,04	1,83	10,87	3.660,70
34	24	2,98	16,87	77.711,48	2,99	13,86	3.237,98
35	16	1,99	18,86	44.417,27	1,71	15,57	2.776,08
36	21	2,61	21,46	58.996,74	2,27	17,84	2.809,37
37	16	1,99	23,45	45.171,57	1,74	19,57	2.823,22
38	19	2,36	25,81	62.144,97	2,39	21,96	3.270,79
39	28	3,47	29,28	83.601,23	3,22	25,18	2.985,76
40	27	3,35	32,63	84.024,54	3,23	28,41	3.112,02
41	34	4,22	36,85	105.141,24	4,04	32,45	3.092,39
42	26	3,23	40,07	78.613,42	3,02	35,48	3.023,59
43	26	3,23	43,30	88.788,55	3,41	38,89	3.414,94
44	33	4,09	47,39	109.057,26	4,19	43,09	3.304,77
45	33	4,09	51,49	109.471,62	4,21	47,30	3.317,32
46	24	2,98	54,47	81.437,13	3,13	50,43	3.393,21
47	24	2,98	57,44	85.486,41	3,29	53,72	3.561,93
48	29	3,60	61,04	89.157,18	3,43	57,15	3.074,39
49	29	3,60	64,64	112.803,65	4,34	61,49	3.889,78
50	28	3,47	68,11	107.841,93	4,15	65,63	3.851,50
51	31	3,85	71,96	102.715,22	3,95	69,58	3.313,39
52	24	2,98	74,94	93.227,39	3,59	73,17	3.884,47
53	24	2,98	77,92	87.162,09	3,35	76,52	3.631,75
54	13	1,61	79,53	52.199,01	2,01	78,53	4.015,31
55	17	2,11	81,64	46.637,67	1,79	80,32	2.743,39
56	15	1,86	83,50	44.539,09	1,71	82,04	2.969,27
57	27	3,35	86,85	96.906,22	3,73	85,76	3.589,12
58	18	2,23	89,08	65.009,77	2,50	88,26	3.611,65
59	18	2,23	91,32	64.155,22	2,47	90,73	3.564,18
60	19	2,36	93,67	66.942,07	2,57	93,31	3.523,27
61	10	1,24	94,91	24.081,34	0,93	94,23	2.408,13
62	12	1,49	96,40	45.759,59	1,76	95,99	3.813,30
63	7	0,87	97,27	16.480,30	0,63	96,63	2.354,33
64	5	0,62	97,89	14.948,82	0,57	97,20	2.989,76
65	3	0,37	98,26	9.157,84	0,35	97,55	3.052,61
66	3	0,37	98,64	13.273,49	0,51	98,06	4.424,50
67	1	0,12	98,76	5.559,53	0,21	98,28	5.559,53
68	3	0,37	99,13	13.069,02	0,50	98,78	4.356,34
69	2	0,25	99,38	5.533,33	0,21	98,99	2.766,67
70	2	0,25	99,63	8.585,85	0,33	99,32	4.292,93
>70	3	0,37	100,00	17.581,80	0,68	100,00	5.860,60
TOTAL	**806**		**100,00**	**2.600.012,73**		**100,00**	**3.225,82**

IDADE MÉDIA: 45,6 anos

TAXA ANUAL DE SOBREVIVÊNCIA: 0,9961

NÚMERO DE ÓBITOS ESPERADOS: 3

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Distribuição dos Aposentados por Idade

Instituto de Previdência do Município de Igarapava

(Homens e Mulheres)		
Idade	Nº de Aposentados	Total dos Proventos
≤ 39	2	2.678,25
40	0	0,00
41	2	2.795,06
42	0	0,00
43	0	0,00
44	2	3.767,98
45	1	1.397,69
46	1	1.320,00
47	5	9.244,93
48	4	8.337,93
49	6	13.775,68
50	4	12.079,99
51	4	12.841,01
52	3	5.285,06
53	10	44.174,29
54	7	25.689,61
55	8	16.276,17
56	9	38.077,71
57	19	68.653,89
58	19	77.571,24
59	15	62.426,12
60	10	41.099,79
61	11	28.485,94
62	20	76.232,36
63	17	60.345,72
64	19	85.844,43
65	11	34.302,82
66	19	55.421,55
67	18	87.681,55
68	9	29.283,12
69	15	53.856,34
70	8	31.355,04
71	8	24.901,89
72	14	30.557,91
73	14	39.072,75
74	9	26.004,60
75	8	32.520,20
76	5	18.674,43
77	0	0,00
78	6	19.619,96
79	2	2.832,58
80	0	0,00
81	4	15.262,41
82	2	2.916,57
83	1	1.416,35
84	0	0,00
85	0	0,00
86	2	2.832,58
87	1	4.385,96
88	0	0,00
89	0	0,00
90	0	0,00
≥ 91	1	1.320,00
TOTAL	**355**	**1.212.619,46**

Idade Média = 63,42

(Mulheres)		
Idade	Nº de Aposentados	Total dos Proventos
≤ 39	2	2.678,25
40	0	-
41	0	-
42	0	-
43	0	-
44	1	2.447,98
45	1	1.397,69
46	1	1.320,00
47	4	5.636,05
48	4	8.337,93
49	6	13.775,68
50	4	12.079,99
51	4	12.841,01
52	2	2.640,00
53	8	38.316,09
54	6	18.049,89
55	8	16.276,17
56	8	36.230,05
57	18	66.879,74
58	17	69.637,09
59	12	53.081,49
60	8	35.017,90
61	9	24.438,52
62	19	74.102,71
63	14	53.423,05
64	15	53.281,58
65	8	25.995,78
66	17	47.431,30
67	13	46.788,99
68	7	20.216,58
69	12	44.867,33
70	3	8.644,61
71	7	15.224,58
72	10	14.053,15
73	7	19.603,41
74	6	21.951,37
75	4	12.251,70
76	3	11.663,32
77	0	-
78	5	17.366,65
79	2	2.832,58
80	0	-
81	3	11.017,82
82	1	1.500,28
83	0	-
84	0	-
85	0	-
86	1	1.416,29
87	1	4.385,96
88	0	-
89	0	-
90	0	-
≥ 91	1	1.320,00
TOTAL	**282**	**930.420,56**

Idade Média = 62,64

(Homens)		
Idade	Nº de Aposentados	Total dos Proventos
≤ 39	0	-
40	0	-
41	2	2.795,06
42	0	-
43	0	-
44	1	1.320,00
45	0	-
46	0	-
47	1	3.608,88
48	0	-
49	0	-
50	0	-
51	0	-
52	1	2.645,06
53	2	5.858,20
54	1	7.639,72
55	0	-
56	1	1.847,66
57	1	1.774,15
58	2	7.934,15
59	3	9.344,63
60	2	6.081,89
61	2	4.047,42
62	1	2.129,65
63	3	6.922,67
64	4	32.562,85
65	3	8.307,04
66	2	7.990,25
67	5	40.892,56
68	2	9.066,54
69	3	8.989,01
70	5	22.710,43
71	1	9.677,31
72	4	16.504,76
73	7	19.469,34
74	3	4.053,23
75	4	20.268,50
76	2	7.011,11
77	0	-
78	1	2.253,31
79	0	-
80	0	-
81	1	4.244,59
82	1	1.416,29
83	1	1.416,35
84	0	-
85	0	-
86	1	1.416,29
87	0	-
88	0	-
89	0	-
90	0	-
≥ 91	0	-
TOTAL	**73**	**282.198,90**

Idade Média = 66,42

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Distribuição dos Aposentados em Múltiplos de Salários

Instituto de Previdência do Município de Igarapava

(Homens e Mulheres)

Faixa em Mult.de Sal.	Nº de Aposent.	Total de Proventos
0 a 1	68	89.760,00
1 a 2	114	197.353,68
2 a 3	41	136.935,71
3 a 4	59	272.839,38
4 a 5	47	270.644,93
5 a 6	13	95.879,70
6 a 7	4	36.017,11
7 a 8	5	48.759,72
8 a 9	2	22.038,12
9 a 10	0	0,00
10 a 11	0	0,00
11 a 12	0	0,00
12 a 13	0	0,00
13 a 14	0	0,00
14 a 15	0	0,00
15 a 16	0	0,00
16 a 17	2	42.391,11
17 a 18	0	0,00
18 a 19	0	0,00
19 a 20	0	0,00
20 a 21	0	0,00
21 a 22	0	0,00
22 a 23	0	0,00
23 a 24	0	0,00
24 a 25	0	0,00
25 a 26	0	0,00
26 a 27	0	0,00
27 a 28	0	0,00
28 a 29	0	0,00
29 a 30	0	0,00
30 a 31	0	0,00
31 a 32	0	0,00
32 a 33	0	0,00
33 a 34	0	0,00
34 a 35	0	0,00
35 a 36	0	0,00
36 a 37	0	0,00
37 a 38	0	0,00
38 a 39	0	0,00
39 a 40	0	0,00
40 a 41	0	0,00
41 a 42	0	0,00
42 a 43	0	0,00
43 a 44	0	0,00
44 a 45	0	0,00
45 a 46	0	0,00
46 a 47	0	0,00
47 a 48	0	0,00
48 a 49	0	0,00
49 a 50	0	0,00
51 e +	0	0,00
TOTAL	**355**	**1.212.619,46**

Provento Médio= R$ 3.415,83

(Mulheres)

Faixa em Mult.de Sal.	Nº de Aposent.	Total de Proventos
0 a 1	58	76.560,00
1 a 2	87	149.637,56
2 a 3	30	102.329,75
3 a 4	51	236.894,55
4 a 5	38	217.066,18
5 a 6	11	80.950,30
6 a 7	3	27.079,67
7 a 8	3	29.302,20
8 a 9	1	10.600,35
9 a 10	0	0,00
10 a 11	0	0,00
11 a 12	0	0,00
12 a 13	0	0,00
13 a 14	0	0,00
14 a 15	0	0,00
15 a 16	0	0,00
16 a 17	0	0,00
17 a 18	0	0,00
18 a 19	0	0,00
19 a 20	0	0,00
20 a 21	0	0,00
21 a 22	0	0,00
22 a 23	0	0,00
23 a 24	0	0,00
24 a 25	0	0,00
25 a 26	0	0,00
26 a 27	0	0,00
27 a 28	0	0,00
28 a 29	0	0,00
29 a 30	0	0,00
30 a 31	0	0,00
31 a 32	0	0,00
32 a 33	0	0,00
33 a 34	0	0,00
34 a 35	0	0,00
35 a 36	0	0,00
36 a 37	0	0,00
37 a 38	0	0,00
38 a 39	0	0,00
39 a 40	0	0,00
40 a 41	0	0,00
41 a 42	0	0,00
42 a 43	0	0,00
43 a 44	0	0,00
44 a 45	0	0,00
45 a 46	0	0,00
46 a 47	0	0,00
47 a 48	0	0,00
48 a 49	0	0,00
49 a 50	0	0,00
51 e +	0	0,00
TOTAL	**282**	**930.420,56**

Provento Médio= R$ 3.299,36

(Homens)

Faixa em Mult.de Sal.	Nº de Aposent.	Total de Proventos
0 a 1	10	13.200,00
1 a 2	27	47.716,12
2 a 3	11	34.605,96
3 a 4	8	35.944,83
4 a 5	9	53.578,75
5 a 6	2	14.929,40
6 a 7	1	8.937,44
7 a 8	2	19.457,52
8 a 9	1	11.437,77
9 a 10	0	0,00
10 a 11	0	0,00
11 a 12	0	0,00
12 a 13	0	0,00
13 a 14	0	0,00
14 a 15	0	0,00
15 a 16	0	0,00
16 a 17	2	42.391,11
17 a 18	0	0,00
18 a 19	0	0,00
19 a 20	0	0,00
20 a 21	0	0,00
21 a 22	0	0,00
22 a 23	0	0,00
23 a 24	0	0,00
24 a 25	0	0,00
25 a 26	0	0,00
26 a 27	0	0,00
27 a 28	0	0,00
28 a 29	0	0,00
29 a 30	0	0,00
30 a 31	0	0,00
31 a 32	0	0,00
32 a 33	0	0,00
33 a 34	0	0,00
34 a 35	0	0,00
35 a 36	0	0,00
36 a 37	0	0,00
37 a 38	0	0,00
38 a 39	0	0,00
39 a 40	0	0,00
40 a 41	0	0,00
41 a 42	0	0,00
42 a 43	0	0,00
43 a 44	0	0,00
44 a 45	0	0,00
45 a 46	0	0,00
46 a 47	0	0,00
47 a 48	0	0,00
48 a 49	0	0,00
49 a 50	0	0,00
51 e +	0	0,00
TOTAL	**73**	**282.198,90**

Provento Médio= R$ 3.865,74

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Distribuição dos Pensionistas por Idade e Provento

Instituto de Previdência do Município de Igarapava

(Homens e Mulheres)				(Mulheres)				(Homens)			
Idade	Nº de Pens.	Valor do Provento		Idade	Nº de Pens.	Valor do Provento		Idade	Nº de Pens.	Valor do Provento	
		Na idade	Médio			Na idade	Médio			Na idade	Médio
≤19	7	6.498,46	928,35	≤19	2	868,00	434,00	≤19	5	5.630,46	1.126,09
20	0	0,00	0,00	20	0	0,00	0,00	20	0	0,00	0,00
21	0	0,00	0,00	21	0	0,00	0,00	21	0	0,00	0,00
22	0	0,00	0,00	22	0	0,00	0,00	22	0	0,00	0,00
23	0	0,00	0,00	23	0	0,00	0,00	23	0	0,00	0,00
24	0	0,00	0,00	24	0	0,00	0,00	24	0	0,00	0,00
25	0	0,00	0,00	25	0	0,00	0,00	25	0	0,00	0,00
26	0	0,00	0,00	26	0	0,00	0,00	26	0	0,00	0,00
27	0	0,00	0,00	27	0	0,00	0,00	27	0	0,00	0,00
28	0	0,00	0,00	28	0	0,00	0,00	28	0	0,00	0,00
29	0	0,00	0,00	29	0	0,00	0,00	29	0	0,00	0,00
30	0	0,00	0,00	30	0	0,00	0,00	30	0	0,00	0,00
31	0	0,00	0,00	31	0	0,00	0,00	31	0	0,00	0,00
32	0	0,00	0,00	32	0	0,00	0,00	32	0	0,00	0,00
33	0	0,00	0,00	33	0	0,00	0,00	33	0	0,00	0,00
34	0	0,00	0,00	34	0	0,00	0,00	34	0	0,00	0,00
35	0	0,00	0,00	35	0	0,00	0,00	35	0	0,00	0,00
36	1	434,00	434,00	36	0	0,00	0,00	36	1	434,00	434,00
37	0	0,00	0,00	37	0	0,00	0,00	37	0	0,00	0,00
38	0	0,00	0,00	38	0	0,00	0,00	38	0	0,00	0,00
39	0	0,00	0,00	39	0	0,00	0,00	39	0	0,00	0,00
40	0	0,00	0,00	40	0	0,00	0,00	40	0	0,00	0,00
41	0	0,00	0,00	41	0	0,00	0,00	41	0	0,00	0,00
42	0	0,00	0,00	42	0	0,00	0,00	42	0	0,00	0,00
43	0	0,00	0,00	43	0	0,00	0,00	43	0	0,00	0,00
44	0	0,00	0,00	44	0	0,00	0,00	44	0	0,00	0,00
45	1	3.092,88	3.092,88	45	0	0,00	0,00	45	1	3.092,88	3.092,88
46	3	3.388,84	1.129,61	46	3	3.388,84	1.129,61	46	0	0,00	0,00
47	1	2.627,29	2.627,29	47	0	0,00	0,00	47	1	2.627,29	2.627,29
48	0	0,00	0,00	48	0	0,00	0,00	48	0	0,00	0,00
49	0	0,00	0,00	49	0	0,00	0,00	49	0	0,00	0,00
50	1	1.497,69	1.497,69	50	0	0,00	0,00	50	1	1.497,69	1.497,69
51	1	1.552,38	1.552,38	51	1	1.552,38	1.552,38	51	0	0,00	0,00
52	2	5.557,18	2.778,59	52	1	1.320,00	1.320,00	52	1	4.237,18	4.237,18
53	1	5.676,73	5.676,73	53	1	5.676,73	5.676,73	53	0	0,00	0,00
54	1	1.352,80	1.352,80	54	0	0,00	0,00	54	1	1.352,80	1.352,80
55	0	0,00	0,00	55	0	0,00	0,00	55	0	0,00	0,00
56	0	0,00	0,00	56	0	0,00	0,00	56	0	0,00	0,00
57	0	0,00	0,00	57	0	0,00	0,00	57	0	0,00	0,00
58	0	0,00	0,00	58	0	0,00	0,00	58	0	0,00	0,00
59	1	1.320,00	1.320,00	59	1	1.320,00	1.320,00	59	0	0,00	0,00
60	1	1.826,28	1.826,28	60	1	1.826,28	1.826,28	60	0	0,00	0,00
61	0	0,00	0,00	61	0	0,00	0,00	61	0	0,00	0,00
62	2	8.453,76	4.226,88	62	2	8.453,76	4.226,88	62	0	0,00	0,00
63	2	6.357,84	3.178,92	63	2	6.357,84	3.178,92	63	0	0,00	0,00
64	3	4.158,16	1.386,05	64	1	1.518,16	1.518,16	64	2	2.640,00	1.320,00
65	2	5.828,68	2.914,34	65	2	5.828,68	2.914,34	65	0	0,00	0,00
66	1	1.712,75	1.712,75	66	1	1.712,75	1.712,75	66	0	0,00	0,00
67	1	2.960,01	2.960,01	67	1	2.960,01	2.960,01	67	0	0,00	0,00
68	2	3.754,50	1.877,25	68	1	1.573,53	1.573,53	68	1	2.180,97	2.180,97
69	1	2.342,10	2.342,10	69	1	2.342,10	2.342,10	69	0	0,00	0,00
70	3	5.879,51	1.959,84	70	3	5.879,51	1.959,84	70	0	0,00	0,00
71	0	0,00	0,00	71	0	0,00	0,00	71	0	0,00	0,00
72	6	13.278,61	2.213,10	72	4	9.914,31	2.478,58	72	2	3.364,30	1.682,15
73	4	5.408,58	1.352,15	73	2	2.768,58	1.384,29	73	2	2.640,00	1.320,00
74	3	4.245,78	1.415,26	74	1	1.518,60	1.518,60	74	2	2.727,18	1.363,59
75	1	2.077,76	2.077,76	75	1	2.077,76	2.077,76	75	0	0,00	0,00
76	1	2.953,94	2.953,94	76	0	0,00	0,00	76	1	2.953,94	2.953,94
77	1	1.320,00	1.320,00	77	0	0,00	0,00	77	1	1.320,00	1.320,00
78	5	14.240,82	2.848,16	78	3	8.785,70	2.928,57	78	2	5.455,12	2.727,56
79	1	1.525,89	1.525,89	79	1	1.525,89	1.525,89	79	0	0,00	0,00
80	0	0,00	0,00	80	0	0,00	0,00	80	0	0,00	0,00
≥ 81	9	26.100,38	2.900,04	≥ 81	7	23.460,38	3.351,48	≥ 81	2	2.640,00	1.320,00
TOTAL	**69**	**147.423,60**	**2.136,57**	**TOTAL**	**43**	**102.629,79**	**2.386,74**	**TOTAL**	**26**	**44.793,81**	**1.722,84**
	Idade Média: 63,41				Idade Média: 67,6				Idade Média: 56,46		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANEXO 3. Provisões Matemáticas a contabilizar

PROVISÕES MATEMÁTICAS PREVIDENCIÁRIAS		
2.2.7.2.1.00.00	**PROVISÕES MATEMÁTICAS PREVIDENCIÁRIAS A LONGO PRAZO – CONSOLIDAÇÃO**	**118.299.026,19**
2.2.7.2.1.01.00	**FUNDO EM REPARTIÇÃO (PLANO FINANCEIRO) – PROVISÕES DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS**	**-**
2.2.7.2.1.01.01	APOSENTADORIAS/PENSÕES/OUTROS BENEFÍCIOS CONCEDIDOS DO PLANO FINANCEIRO DO RPPS	-
2.2.7.2.1.01.02	(-) CONTRIBUIÇÕES DO ENTE PARA O PLANO FINANCEIRO DO RPPS	-
2.2.7.2.1.01.03	(-) CONTRIBUIÇÕES DO APOSENTADO PARA O PLANO FINANCEIRO DO RPPS	-
2.2.7.2.1.01.04	(-) CONTRIBUIÇÕES DO PENSIONISTA PARA O PLANO FINANCEIRO DO RPPS	-
2.2.7.2.1.01.05	(-) COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA DO PLANO FINANCEIRO DO RPPS	-
2.2.7.2.1.01.07	(-) COBERTURA DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA	-
2.2.7.2.1.02.00	**FUNDO EM REPARTIÇÃO (PLANO FINANCEIRO) – PROVISÕES DE BENEFÍCIOS A CONCEDER**	**-**
2.2.7.2.1.02.01	APOSENTADORIAS/PENSÕES/OUTROS BENEFÍCIOS A CONCEDER DO PLANO FINANCEIRO DO RPPS	-
2.2.7.2.1.02.02	(-) CONTRIBUIÇÕES DO ENTE PARA O PLANO FINANCEIRO DO RPPS	-
2.2.7.2.1.02.03	(-) CONTRIBUIÇÕES DO ATIVO PARA O PLANO FINANCEIRO DO RPPS	-
2.2.7.2.1.02.04	(-) COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA DO PLANO FINANCEIRO DO RPPS	-
2.2.7.2.1.02.06	(-) COBERTURA DE INSUFICIÊNCIA FINANCEIRA	-
2.2.7.2.1.03.00	**FUNDO EM CAPITALIZAÇÃO (PLANO PREVIDENCIÁRIO) – PROVISÕES DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS**	**211.418.447,57**
2.2.7.2.1.03.01	APOSENTADORIAS/PENSÕES/OUTROS BENEFÍCIOS CONCEDIDOS DO PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	212.358.253,68
2.2.7.2.1.03.02	(-) CONTRIBUIÇÕES DO ENTE PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	-
2.2.7.2.1.03.03	(-) CONTRIBUIÇÕES DO APOSENTADO PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	938.950,91
2.2.7.2.1.03.04	(-) CONTRIBUIÇÕES DO PENSIONISTA PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	855,20
2.2.7.2.1.03.05	(-) COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA DO PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	-
2.2.7.2.1.03.07	(-) APORTES FINANCEIROS PARA COBERTURA DO DEFICIT ATUARIAL - PLANO DE AMORTIZAÇÃO	-
2.2.7.2.1.04.00	**FUNDO EM CAPITALIZAÇÃO (PLANO PREVIDENCIÁRIO) – PROVISÕES DE BENEFÍCIOS A CONCEDER**	**102.835.152,79**
2.2.7.2.1.04.01	APOSENTADORIAS/PENSÕES/OUTROS BENEFÍCIOS A CONCEDER DO PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	216.280.467,79
2.2.7.2.1.04.02	(-) CONTRIBUIÇÕES DO ENTE PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	61.451.598,80
2.2.7.2.1.04.03	(-) CONTRIBUIÇÕES DO ATIVO PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	39.016.888,13
2.2.7.2.1.04.04	(-) COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA DO PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	12.976.828,07
2.2.7.2.1.04.06	(-) APORTES PARA COBERTURA DO DEFICIT ATUARIAL - PLANO DE AMORTIZAÇÃO	-
2.2.7.2.1.05.00	**FUNDO EM CAPITALIZAÇÃO (PLANO PREVIDENCIÁRIO) – PLANO DE AMORTIZAÇÃO**	**(195.954.574,17)**
2.2.7.2.1.05.98	(-) OUTROS CRÉDITOS DO PLANO DE AMORTIZAÇÃO	195.954.574,17
2.2.7.2.1.06.00	**PROVISÕES ATUARIAIS PARA AJUSTES DO PLANO FINANCEIRO**	**-**
2.2.7.2.1.06.01	PROVISÃO ATUARIAL PARA OSCILAÇÃO DE RISCOS	-
2.2.7.2.1.07.00	**PROVISÕES ATUARIAIS PARA AJUSTES DO FUNDO EM CAPITALIZAÇÃO (PLANO PREVIDENCIÁRIO)**	**-**
2.2.7.2.1.07.01	AJUSTE DE RESULTADO ATUARIAL SUPERAVITÁRIO	-
2.2.7.2.1.07.02	PROVISÃO ATUARIAL PARA OSCILAÇÃO DE RISCOS	-
2.2.7.2.1.07.03	PROVISÃO ATUARIAL PARA BENEFÍCIOS A REGULARIZAR	-
2.2.7.2.1.07.04	PROVISÃO ATUARIAL PARA CONTINGÊNCIAS DE BENEFÍCIOS	-
2.2.7.2.1.07.98	OUTRAS PROVISÕES ATUARIAIS PARA AJUSTES DO PLANO	-

Nota Explicativa

Para o cálculo das Provisões Matemáticas de Beneficios Concedidos e a Conceder do Fundo em Capitalização (Plano Previdenciário), utilizamos a taxa de juros de **4,82%** ao ano.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANEXO 4. Projeção da evolução das Provisões Matemáticas para os próximos doze meses

EVOLUÇÃO DAS PROVISÕES MATEMÁTICAS - FUNDO EM CAPITALIZAÇÃO (PLANO PREVIDENCIÁRIO) - BENEFÍCIOS CONCEDIDOS							
	2.2.7.2.1.03.00	2.2.7.2.1.03.01	2.2.7.2.1.03.02	2.2.7.2.1.03.03	2.2.7.2.1.03.04	2.2.7.2.1.03.05	2.2.7.2.1.03.07
MÊS	PLANO PREVIDENCIÁRIO - PROVISÕES DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS	APOSENTADORIAS / PENSÕES / OUTROS BENEFÍCIOS CONCEDIDOS DO PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	(-) CONTRIBUIÇÕES DO ENTE PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	(-) CONTRIBUIÇÕES DO INATIVO PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	(-) CONTRIBUIÇÕES DO PENSIONISTA PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	(-) COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA DO PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	(-) APORTES PARA COBERTURA DO DEFICIT ATUARIAL - PLANO DE AMORTIZAÇÃO
dez/23	211.418.447,57	212.358.253,68	-	938.950,91	855,20	-	-
jan/24	211.037.365,42	211.975.201,29	-	936.987,91	847,96	-	-
fev/24	210.656.283,27	211.592.148,89	-	935.024,91	840,72	-	-
mar/24	210.275.201,12	211.209.096,50	-	933.061,91	833,48	-	-
abr/24	209.894.118,97	210.826.044,11	-	931.098,90	826,23	-	-
mai/24	209.513.036,82	210.442.991,71	-	929.135,90	818,99	-	-
jun/24	209.131.954,67	210.059.939,32	-	927.172,90	811,75	-	-
jul/24	208.750.872,52	209.676.886,93	-	925.209,90	804,51	-	-
ago/24	208.369.790,37	209.293.834,53	-	923.246,90	797,27	-	-
set/24	207.988.708,22	208.910.782,14	-	921.283,90	790,03	-	-
out/24	207.607.626,07	208.527.729,75	-	919.320,89	782,78	-	-
nov/24	207.226.543,92	208.144.677,35	-	917.357,89	775,54	-	-

EVOLUÇÃO DAS PROVISÕES MATEMÁTICAS - FUNDO EM CAPITALIZAÇÃO (PLANO PREVIDENCIÁRIO) - BENEFÍCIOS A CONCEDER								
	2.2.7.2.1.04.00	2.2.7.2.1.04.01	2.2.7.2.1.04.02	2.2.7.2.1.04.03	2.2.7.2.1.04.04	2.2.7.2.1.04.06	2.2.7.2.1.05.00	2.2.7.2.1.05.98
MÊS	PLANO PREVIDENCIÁRIO - PROVISÕES DE BENEFÍCIOS A CONCEDER	APOSENTADORIAS / PENSÕES / OUTROS BENEFÍCIOS A CONCEDER DO PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	(-) CONTRIBUIÇÕES DO ENTE PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	(-) CONTRIBUIÇÕES DO ATIVO PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	(-) COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA DO PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	(-) APORTES PARA COBERTURA DO DEFICIT ATUARIAL - PLANO DE AMORTIZAÇÃO	PLANO PREVIDENCIÁRIO - PLANO DE AMORTIZAÇÃO	(-) OUTROS CRÉDITOS DO PLANO DE AMORTIZAÇÃO
dez/23	102.835.152,79	216.280.467,79	61.451.598,80	39.016.888,13	12.976.828,07	-	195.954.574,17	195.954.574,17
jan/24	103.898.124,21	217.015.132,22	61.223.828,20	38.872.271,87	13.020.907,94	-	196.019.851,62	196.019.851,62
fev/24	104.961.095,63	217.749.796,65	60.996.057,60	38.727.655,62	13.064.987,80	-	196.085.129,06	196.085.129,06
mar/24	106.024.067,05	218.484.461,07	60.768.286,99	38.583.039,36	13.109.067,67	-	196.150.406,51	196.150.406,51
abr/24	107.087.038,47	219.219.125,50	60.540.516,39	38.438.423,11	13.153.147,53	-	196.215.683,95	196.215.683,95
mai/24	108.150.009,89	219.953.789,93	60.312.745,79	38.293.806,85	13.197.227,40	-	196.280.961,40	196.280.961,40
jun/24	109.212.981,31	220.688.454,36	60.084.975,19	38.149.190,60	13.241.307,27	-	196.346.238,85	196.346.238,85
jul/24	110.275.952,73	221.423.118,78	59.857.204,58	38.004.574,34	13.285.387,13	-	196.411.516,29	196.411.516,29
ago/24	111.338.924,15	222.157.783,21	59.629.433,98	37.859.958,08	13.329.467,00	-	196.476.793,74	196.476.793,74
set/24	112.401.895,57	222.892.447,64	59.401.663,38	37.715.341,83	13.373.546,86	-	196.542.071,18	196.542.071,18
out/24	113.464.866,99	223.627.112,07	59.173.892,78	37.570.725,57	13.417.626,73	-	196.607.348,63	196.607.348,63
nov/24	114.527.838,41	224.361.776,49	58.946.122,17	37.426.109,32	13.461.706,59	-	196.672.626,07	196.672.626,07

A evolução foi calculada pela fórmula recursiva por interpolação linear.

Tais informações são necessárias para a contabilização mensal das Provisões Matemáticas de Benefícios Concedidos e a Conceder. No entanto, recomendamos que as Provisões Matemáticas sejam calculadas com o levantamento mensal da base de dados, permitindo dispor da Provisão Matemática real para cada mês.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANEXO 5. Resumo dos fluxos atuariais e da população coberta

Fluxo provável das aposentadorias programadas

Instituto de Previdência do Município de Igarapava

(Valores em R$)

Ano da Aposentadoria	Número de Servidores	Vencimentos	Provento Mensal	
			Projetada	Proporcional
2023	45	167.808,81	167.808,81	167.808,81
2024	2	9.603,57	9.688,18	9.413,37
2025	8	46.822,69	47.538,05	44.835,17
2026	5	21.504,60	22.090,63	19.896,59
2027	14	53.745,08	55.726,88	45.980,65
2028	11	43.562,48	45.624,80	38.039,52
2029	21	106.577,76	112.746,71	87.580,28
2030	38	106.851,85	113.978,39	85.763,58
2031	10	34.601,83	37.238,82	26.527,81
2032	18	62.039,84	67.728,62	45.118,75
2033	15	58.001,59	63.742,07	43.632,98
2034	24	83.961,26	93.175,58	56.905,64
2035	37	144.204,65	161.762,66	97.496,56
2036	19	80.541,63	91.367,57	53.449,39
2037	13	37.454,05	42.836,13	23.316,18
2038	33	106.443,44	123.138,57	58.611,25
2039	26	71.599,64	83.596,46	36.741,59
2040	28	84.844,46	100.104,17	40.083,12
2041	24	81.446,19	96.934,69	35.402,94
2042	23	71.446,63	85.977,65	28.401,74
2043	38	108.460,02	131.844,44	37.693,35
2044	25	72.317,23	88.707,21	23.920,05
2045	13	38.099,93	47.143,65	14.359,06
2046	15	52.384,13	65.481,44	14.077,33
2047	14	55.855,22	70.574,61	13.218,71
2048	32	106.240,49	135.733,21	19.117,25
2049	75	222.074,90	286.604,05	23.094,50
2050	41	117.293,06	152.791,71	8.438,15
2051	23	59.236,42	77.810,14	5.531,49
2052	9	22.198,83	29.536,84	3.009,63
2053	14	35.152,30	47.211,64	4.752,10
2054	8	21.155,03	28.672,68	1.824,08
2055	9	27.207,51	37.267,04	2.581,21
2056	10	20.615,61	28.532,53	1.861,84
2057	12	40.301,00	56.223,76	2.706,74
2058	3	8.120,90	11.429,60	199,86
2059	7	20.634,97	29.413,94	1.357,13
2060	9	15.765,23	22.705,22	1.182,40
2061	7	16.454,06	23.917,38	1.073,08
2062	7	17.583,82	25.784,88	1.082,63
2063	5	15.012,64	22.162,75	369,07
2064	3	8.896,15	13.293,26	381,62
2065	6	12.463,91	18.838,00	797,19
2066	3	5.577,52	8.525,34	183,39
2067	0	0,00	0,00	0,00
2068	2	4.234,42	6.593,24	214,46
2069	2	3.615,38	5.700,57	203,37
2070	0	0,00	0,00	0,00
2071	0	0,00	0,00	0,00
2072	0	0,00	0,00	0,00
TOTAL	**806**	**2.600.012,73**	**3.095.304,58**	**1.228.235,59**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Evolução Provável dos Aposentados e Pensionistas

Instituto de Previdência Municipal de Igarapava

ANO	QUANTIDADE			PROVENTOS ANUAIS (R$)		
	APOSENTADOS	PENSIONISTAS	TOTAL	APOSENTADOS	PENSIONISTAS	TOTAL
2024	400	72	472	17.651.158,99	2.048.342,13	19.699.501,12
2025	401	75	476	17.691.402,20	2.171.711,71	19.863.113,91
2026	408	78	486	17.980.198,07	2.294.764,14	20.274.962,21
2027	410	81	491	18.065.753,62	2.417.633,41	20.483.387,03
2028	421	83	504	18.528.108,85	2.521.177,88	21.049.286,72
2029	429	84	513	18.825.733,20	2.606.227,06	21.431.960,26
2030	445	85	530	19.520.345,66	2.673.242,37	22.193.588,03
2031	478	85	563	20.879.834,08	2.723.941,62	23.603.775,70
2032	482	86	568	21.027.296,41	2.777.267,13	23.804.563,54
2033	494	86	580	21.508.304,41	2.833.219,40	24.341.523,81
2034	502	87	588	21.826.227,91	2.892.295,26	24.718.523,17
2035	518	87	606	22.518.896,45	2.954.339,82	25.473.236,28
2036	547	88	635	23.714.927,63	3.019.205,37	26.734.132,99
2037	558	89	647	24.156.308,69	3.086.750,97	27.243.059,66
2038	563	90	653	24.348.083,55	3.156.842,22	27.504.925,76
2039	587	91	678	25.342.829,28	3.229.350,89	28.572.180,17
2040	603	92	696	26.007.355,44	3.304.154,68	29.311.510,12
2041	622	93	715	26.751.902,09	3.381.136,94	30.133.039,03
2042	636	95	730	27.326.489,27	3.460.186,38	30.786.675,66
2043	646	96	742	27.736.634,21	3.541.196,88	31.277.831,09
2044	671	97	769	28.774.245,32	3.624.067,20	32.398.312,52
2045	683	99	782	29.270.303,90	3.708.700,77	32.979.004,67
2046	684	101	785	29.271.464,40	3.795.005,49	33.066.469,89
2047	685	102	787	29.284.349,81	3.882.893,52	33.167.243,32
2048	685	104	789	29.268.275,82	3.972.281,06	33.240.556,89
2049	703	106	809	30.011.834,93	4.063.088,22	34.074.923,15
2050	763	107	870	32.485.341,90	4.155.238,76	36.640.580,65
2051	788	109	897	33.530.227,54	4.248.659,99	37.778.887,54
2052	796	111	907	33.826.522,00	4.343.282,59	38.169.804,59
2053	789	113	903	33.548.833,55	4.439.040,43	37.987.873,98
2054	789	115	904	33.490.776,09	4.535.870,45	38.026.646,54
2055	782	117	899	33.193.713,70	4.628.686,32	37.822.400,02
2056	776	119	895	32.950.164,87	4.722.143,00	37.672.307,87
2057	772	121	893	32.759.125,13	4.816.240,98	37.575.366,11
2058	770	123	893	32.661.027,48	4.910.869,90	37.571.897,38
2059	760	124	884	32.198.874,47	5.005.919,40	37.204.793,87

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANEXO 6. Projeções Atuariais para o Relatório Resumido da Execução Orçamentária - RREO

Instituto de Previdência Municipal de Igarapava
RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA
DEMONSTRATIVO DA PROJEÇÃO ATUARIAL DO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS
ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL
2024 a 2098

RREO - ANEXO 10 (LRF,art. 53, § 1º, inciso II) — em Reais (R$)

EXERCÍCIO	RECEITAS PREVIDENCIÁRIAS (a)	DESPESAS PREVIDENCIÁRIAS (b)	RESULTADO PREVIDENCIÁRIO (c) = (a-b)	SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO (d) = ("d" exercício anterior) + (c) 1	RESULTADO ACUMULADO CAPITALIZADO (Fundo de Previdência) 2
2024	21.797.530,81	20.916.307,08	881.223,73	49.513.362,76	51.883.868,57
2025	24.019.495,74	21.092.087,92	2.927.407,81	52.440.770,57	57.399.901,09
2026	27.321.909,36	21.516.225,97	5.805.683,39	58.246.453,96	66.146.430,21
2027	27.455.908,05	21.737.063,42	5.718.844,62	63.965.298,58	75.225.098,11
2028	27.591.246,72	22.315.499,88	5.275.746,84	69.241.045,43	84.284.967,08
2029	27.727.938,79	22.710.835,56	5.017.103,23	74.258.148,66	93.515.118,82
2030	27.865.997,77	23.485.252,08	4.380.745,69	78.638.894,35	102.534.715,62
2031	28.005.437,35	24.908.356,39	3.097.080,96	81.735.975,31	110.666.882,30
2032	28.146.271,32	25.122.190,03	3.024.081,28	84.760.056,60	119.115.829,75
2033	28.288.513,63	25.672.326,57	2.616.187,06	87.376.243,65	127.551.885,41
2034	28.432.178,36	26.062.633,95	2.369.544,41	89.745.788,06	136.140.517,03
2035	28.577.279,74	26.830.788,17	1.746.491,57	91.492.279,63	144.501.376,26
2036	28.723.832,13	28.105.260,40	618.571,73	92.110.851,36	152.103.471,48
2037	28.871.850,05	28.627.898,34	243.951,71	92.354.803,06	159.686.129,06
2038	29.021.348,15	28.903.612,83	117.735,31	92.472.538,37	167.504.267,85
2039	29.172.341,22	29.984.854,11	-812.512,89	91.660.025,49	174.741.085,29
2040	29.324.844,23	30.738.310,80	-1.413.466,57	90.246.558,91	181.707.735,03
2041	29.478.872,27	31.574.107,71	-2.095.235,44	88.151.323,47	188.307.955,35
2042	29.634.440,59	32.242.155,03	-2.607.714,44	85.543.609,03	194.698.452,92
2043	29.791.564,59	32.747.865,26	-2.956.300,67	82.587.308,36	201.037.928,66
2044	29.950.259,83	33.883.047,03	-3.932.787,20	78.654.521,16	206.677.186,01
2045	30.110.542,03	34.478.586,53	-4.368.044,50	74.286.476,66	212.139.940,54
2046	30.272.427,04	34.581.047,56	-4.308.620,52	69.977.856,15	217.927.206,55
2047	30.435.930,91	34.696.966,77	-4.261.035,86	65.716.820,28	224.042.430,96
2048	30.601.069,82	34.785.577,57	-4.184.507,76	61.532.312,53	230.531.233,15
2049	30.767.860,11	35.635.394,04	-4.867.533,93	56.664.778,60	236.629.278,64
2050	30.936.318,31	38.216.656,26	-7.280.337,95	49.384.440,65	240.536.061,78
2051	31.106.461,09	39.370.723,89	-8.264.262,81	41.120.177,84	243.617.709,27
2052	31.278.305,29	39.777.559,31	-8.499.254,02	32.620.923,83	246.605.851,22
2053	31.451.867,94	39.611.706,25	-8.159.838,31	24.461.085,52	250.087.619,79
2054	31.627.166,22	39.666.717,13	-8.039.550,91	16.421.534,61	253.861.105,63
2055	31.804.217,48	39.478.871,32	-7.674.653,84	8.746.880,77	258.192.317,47
2056	31.983.039,25	39.345.343,88	-7.362.304,63	1.384.576,14	263.054.013,40
2057	32.163.649,24	39.265.132,48	-7.101.483,24	-5.716.907,10	268.418.689,10
2058	32.346.065,33	39.278.561,41	-6.932.496,09	-12.649.403,19	274.215.998,95
2059	32.530.305,57	38.928.524,54	-6.398.218,97	-19.047.622,16	280.843.044,56
2060	32.716.388,23	39.041.343,27	-6.324.955,04	-25.372.577,20	287.864.975,62
2061	32.904.331,71	39.154.866,76	-6.250.535,05	-31.623.112,25	295.302.016,34
2062	33.094.154,62	39.268.875,54	-6.174.720,92	-37.797.833,17	303.175.610,98
2063	33.285.875,76	39.383.482,67	-6.097.606,91	-43.895.440,08	311.508.140,31
2064	33.479.514,11	39.498.801,24	-6.019.287,13	-49.914.727,20	320.322.966,93
2065	33.675.088,85	39.614.611,82	-5.939.522,96	-55.854.250,17	329.644.825,29
2066	19.950.578,96	39.731.249,21	-19.780.670,25	-75.634.920,42	325.159.615,51

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Instituto de Previdência Municipal de Igarapava
RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA
DEMONSTRATIVO DA PROJEÇÃO ATUARIAL DO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS
ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL
2024 a 2098

RREO - ANEXO 10 (LRF,art. 53, § 1º, inciso II) em Reais (R$)

EXERCÍCIO	RECEITAS PREVIDENCIÁRIAS (a)	DESPESAS PREVIDENCIÁRIAS (b)	RESULTADO PREVIDENCIÁRIO (c) = (a-b)	SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO (d) = ("d" exercício anterior) + (c) 1	RESULTADO ACUMULADO CAPITALIZADO (Fundo de Previdência) 2
2067	20.150.084,75	39.848.604,86	-19.698.520,11	-95.333.440,53	320.542.833,26
2068	20.351.585,59	39.966.681,07	-19.615.095,48	-114.948.536,00	315.789.449,48
2069	20.555.101,45	40.085.591,02	-19.530.489,57	-134.479.025,58	310.894.096,69
2070	20.760.652,47	40.205.447,90	-19.444.795,43	-153.923.821,01	305.851.052,85
2071	20.968.258,99	40.326.143,21	-19.357.884,22	-173.281.705,24	300.654.452,85
2072	21.177.941,58	40.448.011,88	-19.270.070,30	-192.551.775,53	295.297.825,07
2073	21.389.721,00	40.570.834,60	-19.181.113,60	-211.732.889,14	289.774.633,22
2074	21.603.618,21	40.694.946,33	-19.091.328,12	-230.824.217,26	284.077.702,58
2075	21.819.654,39	40.820.127,81	-19.000.473,42	-249.824.690,68	278.199.760,22
2076	22.037.850,93	40.946.603,18	-18.908.752,24	-268.733.442,93	272.132.973,85
2077	22.258.229,44	41.074.264,06	-18.816.034,62	-287.549.477,55	265.869.267,53
2078	22.480.811,74	41.203.223,80	-18.722.412,06	-306.271.889,61	259.400.081,80
2079	22.705.619,85	41.333.374,05	-18.627.754,19	-324.899.643,80	252.716.578,93
2080	22.932.676,05	41.435.121,61	-18.502.445,56	-343.402.089,37	245.839.999,10
2081	23.162.002,81	41.574.089,53	-18.412.086,72	-361.814.176,08	238.725.037,74
2082	23.393.622,84	41.713.036,30	-18.319.413,46	-380.133.589,55	231.362.588,69
2083	23.627.559,07	41.851.964,52	-18.224.405,45	-398.357.995,00	223.743.127,85
2084	23.863.834,66	41.990.876,79	-18.127.042,13	-416.485.037,13	215.856.693,22
2085	24.102.473,01	42.129.775,74	-18.027.302,74	-434.512.339,86	207.692.864,02
2086	24.343.497,74	42.268.664,03	-17.925.166,29	-452.437.506,15	199.240.738,78
2087	24.586.932,71	42.407.544,31	-17.820.611,60	-470.258.117,75	190.488.912,45
2088	24.832.802,04	42.546.419,29	-17.713.617,25	-487.971.735,00	181.425.452,26
2089	25.081.130,06	42.685.291,68	-17.604.161,62	-505.575.896,62	172.037.872,59
2090	25.331.941,36	42.824.164,20	-17.492.222,84	-523.068.119,46	162.313.108,52
2091	25.585.260,77	42.963.039,63	-17.377.778,85	-540.445.898,31	152.237.488,14
2092	25.841.113,38	43.101.920,72	-17.260.807,34	-557.706.705,65	141.796.703,51
2093	26.099.524,52	43.240.810,30	-17.141.285,78	-574.847.991,43	130.975.780,26
2094	26.360.519,76	43.379.711,18	-17.019.191,41	-591.867.182,85	119.759.045,71
2095	26.624.124,96	43.518.626,20	-16.894.501,24	-608.761.684,09	108.130.095,44
2096	26.890.366,21	43.657.558,23	-16.767.192,03	-625.528.876,11	96.071.758,25
2097	27.159.269,87	43.796.510,18	-16.637.240,31	-642.166.116,42	83.566.059,48
2098	27.430.862,57	43.935.484,95	-16.504.622,38	-658.670.738,80	70.594.182,49

FONTE: Instituto de Previdência Municipal de Igarapava
1. Resultado Aritmético
2. Resultado com a capitalização do saldo financeiro

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANEXO 7. Resultado da Duração do Passivo e Análise Evolutiva

Considerando os Fluxos Atuariais do Plano de Benefícios do RPPS apresentados no DRAA 2023 (data-base dezembro de 2022), obteve-se o valor de 15,7 anos de duração do passivo do Fundo em Capitalização, remetendo à aplicação da taxa de juros parâmetro correspondente a **4,82%** ao ano, de acordo com o critério estabelecido pela Portaria MTP n° 3.289/2023.

Nos Fluxos Atuariais da presente avaliação atuarial (data-base dezembro de 2023), o valor obtido para a duração do passivo do Fundo em Capitalização foi de 16,0 anos, referência que servirá à determinação da taxa parâmetro para o próximo exercício, bem como à base para os cálculos envolvendo as variações admissíveis em eventual plano de amortização do deficit atuarial.

A tabela a seguir demonstra a evolução da duração do passivo nos últimos exercícios:

DRAA	Duração do passivo do exercício anterior	Taxa de juros parâmetro	Dispositivo legal
2024	15,7	4,82%	Portaria 3.289/2023
2023	15,8	5,28%	Portaria 1.837/2022
2022	15,2	4,83%	Portaria 6.132/2021

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANEXO 8. Ganhos e perdas atuariais

O desenvolvimento do presente item, em atendimento ao requisitado na Portaria MTP nº 1.467/2022, não obedece a modelo preconcebido pela Secretaria de Previdência, cuja disponibilização e respectivas regulamentação e orientação eram aguardadas a partir do estabelecido no art. 18 da Instrução Normativa nº 08/2018, revogada pela Portaria MTP nº 1.467/2022, não havendo publicação de apropriada orientação até o momento da elaboração do presente estudo.

Ganhos e perdas atuariais compreendem os efeitos das diferenças entre as premissas atuariais e o que ocorreu efetivamente (ajustes advindos da experiência) e os efeitos das mudanças nas premissas, destacando-se:

I. Taxa de juros

Fundo em Capitalização (Plano Previdenciário)

Premissa Atuarial	5,28%

Rentabilidade das aplicações no exercício:

Fundo em Capitalização (Plano Previdenciário)

Rentabilidade das aplicações %	11,38%

Neste Item, detectamos uma perda Atuarial onde a rentabilidade dos ativos garantidores no ano de 2023, se mostrou abaixo da expectativa afetada ainda pelos efeitos da crise financeira internacional e pela instabilidade Política das eleições no País, afetando o mercado financeiro.

II. Óbitos de ativos

Fundo em Capitalização (Plano Previdenciário)

Óbitos de Ativos	
Eventos Esperado:	03
Eventos observados:	05

Neste Item, detectamos uma perda Atuarial, com a expectativa de 03 óbitos e a ocorrência de 05 óbitos no ano de 2023.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

III. Aposentadorias iminentes

Fundo em Capitalização (Plano Previdenciário)

Aposentadorias Iminentes	
Eventos Esperado:	42
Eventos observados:	06

Neste Item, detectamos um ganho Atuarial, com a possibilidade de 42 aposentadorias e a ocorrência de 06 aposentadorias no ano de 2023, ou seja 14,29% do total. Ficando abaixo da expectativa de 40% a 70% das aposentadorias esperadas (17 a 29).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANEXO 9. Resultado da demonstração de viabilidade do Plano de Custeio

Conforme disposto no art. 64 da Portaria MTP nº 1.467/2022, cabe ao ente federativo garantir os recursos econômicos suficientes para honrar os compromissos estabelecidos no plano de custeio e na segregação de massa, quando houver, bem como demonstrar a adequação do plano de custeio à capacidade orçamentária e financeira e aos limites de gastos com pessoal impostos pela Lei Complementar nº 101/2000.

O estudo técnico de implementação e eventual revisão do plano de custeio, inclusive em caso de equacionamento de deficit atuarial e de alteração da estrutura atuarial do RPPS, apresenta a relação entre o plano de custeio construído sob o rigor da regulamentação vigente e a situação financeira, orçamentária e fiscal do ente federativo reportada por ocasião da remessa da bagagem informacional relativa ao presente estudo, relação essa representada no cotejamento dos dados referentes a receitas e despesas com os fluxos atuariais encaminhados à Secretaria de Previdência por ocasião da postagem do DRAA.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

ANEXO 10. Tábuas em geral

"BRASIL: TÁBUA DE MORTALIDADE IBGE 2021 - EXTRAPOLADA PARA AS IDADES ACIMA DE 80 ANOS - MULHERES."

(Extrapolação efetuada pelo MPS a partir da idade 80 da Tábua de Mortalidade Completa IBGE 2021 80+ MULHERES)

Conforme alínea "a", inciso I do art. 36 da Portaria MTP nº 1.467/2022 a tábua anual de mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatisticas - IBGE, segregada por sexo, é o parâmetro mínimo para a taxa de sobrevivência de válidos e inválidos a ser utilizada nas avaliações atuariais.

MULHERES			
Idades Exatas (x)	l_x	q_x	e_x
0	100.000	0,01032116084	80,52
1	98.968	0,00068620491	80,36
2	98.900	0,00043613040	79,41
3	98.857	0,00032894336	78,45
4	98.824	0,00026793468	77,47
5	98.798	0,00022857202	76,50
6	98.775	0,00020165650	75,51
7	98.755	0,00018312586	74,53
8	98.737	0,00017119339	73,54
9	98.720	0,00016537118	72,55
10	98.704	0,00016614713	71,57
11	98.688	0,00017497262	70,58
12	98.670	0,00020461721	69,59
13	98.650	0,00023912024	68,60
14	98.627	0,00026502536	67,62
15	98.600	0,00031915724	66,64
16	98.569	0,00036550378	65,66
17	98.533	0,00040252575	64,68
18	98.493	0,00042514434	63,71
19	98.451	0,00043728469	62,74
20	98.408	0,00044836455	61,76
21	98.364	0,00046327786	60,79
22	98.319	0,00047855888	59,82
23	98.272	0,00049527186	58,85
24	98.223	0,00051395076	57,88
25	98.172	0,00053342403	56,90
26	98.120	0,00055524558	55,94
27	98.066	0,00058290426	54,97
28	98.008	0,00061798978	54,00
29	97.948	0,00065956336	53,03
30	97.883	0,00070716959	52,07
31	97.814	0,00075802665	51,10
32	97.740	0,00080959514	50,14
33	97.661	0,00086045718	49,18
34	97.577	0,00091310393	48,22
35	97.488	0,00097227308	47,27
36	97.393	0,00104101474	46,31
37	97.291	0,00111891276	45,36
38	97.183	0,00120735397	44,41
39	97.065	0,00130723422	43,46
40	96.938	0,00141613565	42,52
41	96.801	0,00153726738	41,58
42	96.652	0,00167748653	40,64
43	96.490	0,00183987090	39,71
44	96.313	0,00202195413	38,78
45	96.118	0,00222135615	37,86
46	95.904	0,00243232035	36,94
47	95.671	0,00265064291	36,03
48	95.418	0,00287341174	35,13
49	95.143	0,00310454669	34,23
50	94.848	0,00335470577	33,33
51	94.530	0,00362683994	32,44
52	94.187	0,00391498096	31,56
53	93.818	0,00421956614	30,68
54	93.422	0,00454533922	29,81
55	92.998	0,00490326232	28,94
56	92.542	0,00529627799	28,08

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

"BRASIL: TÁBUA DE MORTALIDADE IBGE 2021 - EXTRAPOLADA PARA AS IDADES ACIMA DE 80 ANOS - MULHERES."

(Extrapolação efetuada pelo MPS a partir da idade 80 da Tábua de Mortalidade Completa IBGE 2021 80+ MULHERES)

Conforme alínea "a", inciso I do art. 36 da Portaria MTP nº 1.467/2022 a tábua anual de mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatisticas - IBGE, segregada por sexo, é o parâmetro mínimo para a taxa de sobrevivência de válidos e inválidos a ser utilizada nas avaliações atuariais.

MULHERES

Idades Exatas (x)	l_x	q_x	e_x
57	92.052	0,00571987597	27,23
58	91.525	0,00617589070	26,38
59	90.960	0,00667262655	25,54
60	90.353	0,00721898138	24,71
61	89.701	0,00782770751	23,89
62	88.998	0,00851018926	23,07
63	88.241	0,00927743468	22,26
64	87.422	0,01013398371	21,47
65	86.536	0,01107134728	20,68
66	85.578	0,01210160106	19,91
67	84.543	0,01325506162	19,15
68	83.422	0,01454954794	18,40
69	82.208	0,01598771329	17,66
70	80.894	0,01754506876	16,94
71	79.475	0,01923770223	16,23
72	77.946	0,02112071939	15,54
73	76.300	0,02322460202	14,87
74	74.528	0,02555087943	14,21
75	72.623	0,02805112839	13,57
76	70.586	0,03074740719	12,95
77	68.416	0,03373568047	12,34
78	66.108	0,03707005987	11,75
79	63.657	0,04075471153	11,19
80	61.063	0,04479397086	10,64
81	58.328	0,04898636159	10,12
82	55.470	0,05335519023	9,61
83	52.511	0,05792687023	9,13
84	49.469	0,06273159072	8,66
85	46.366	0,06780414496	8,20
86	43.222	0,07318496691	7,76
87	40.059	0,07892144128	7,34
88	36.897	0,08506957614	6,92
89	33.758	0,09169616143	6,52
90	30.663	0,09888158605	6,13
91	27.631	0,10672355836	5,74
92	24.682	0,11534208301	5,37
93	21.835	0,12488620994	5,00
94	19.108	0,13554332229	4,65
95	16.518	0,14755212242	4,30
96	14.081	0,16122110048	3,96
97	11.811	0,17695528171	3,62
98	9.721	0,19529571258	3,29
99	7.822	0,21697890623	2,97
100	6.125	0,24302803873	2,65
101	4.637	0,27489501808	2,34
102	3.362	0,31468298354	2,04
103	2.304	0,36548719539	1,75
104	1.462	0,43186451728	1,46
105	831	0,52020901485	1,19
106	399	0,63764675031	0,95
107	144	0,78373387126	0,73
108	31	0,92449321601	0,58
109	2	0,99215098894	0,51
110	0	0,99993184300	0,50
111	0	0,9999999953	0,50

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

"BRASIL: TÁBUA DE MORTALIDADE IBGE 2021 - EXTRAPOLADA PARA AS IDADES ACIMA DE 80 ANOS - HOMENS."

(Extrapolação efetuada pelo MPS a partir da idade 80 da Tábua de Mortalidade Completa IBGE 2021 80+ HOMENS)

Conforme alínea "a", inciso I do art. 36 da Portaria MTP nº 1.467/2022 a tábua anual de mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatisticas - IBGE, segregada por sexo, é o parâmetro mínimo para a taxa de sobrevivência de válidos e inválidos a ser utilizada nas avaliações atuariais.

HOMENS			
Idades Exatas (x)	l_x	q_x	e_x
0	100.000	0,01204461	73,56
1	98.796	0,00083089	73,46
2	98.713	0,00054985	72,52
3	98.659	0,00042527	71,56
4	98.617	0,00035290	70,59
5	98.582	0,00030558	69,61
6	98.552	0,00027307	68,63
7	98.525	0,00025093	67,65
8	98.501	0,00023748	66,67
9	98.477	0,00023277	65,68
10	98.454	0,00023849	64,70
11	98.431	0,00025820	63,72
12	98.405	0,00029817	62,73
13	98.376	0,00036867	61,75
14	98.340	0,00048617	60,77
15	98.292	0,00096581	59,80
16	98.197	0,00123530	58,86
17	98.076	0,00147935	57,93
18	97.931	0,00167776	57,02
19	97.766	0,00183640	56,11
20	97.587	0,00199485	55,21
21	97.392	0,00214820	54,32
22	97.183	0,00224849	53,44
23	96.964	0,00228165	52,56
24	96.743	0,00226492	51,68
25	96.524	0,00222549	50,79
26	96.309	0,00219172	49,91
27	96.098	0,00217275	49,01
28	95.889	0,00218250	48,12
29	95.680	0,00221556	47,22
30	95.468	0,00225390	46,33
31	95.253	0,00229034	45,43
32	95.035	0,00233649	44,53
33	94.813	0,00239342	43,64
34	94.586	0,00246218	42,74
35	94.353	0,00254451	41,85
36	94.113	0,00264093	40,95
37	93.864	0,00275130	40,06
38	93.606	0,00287629	39,17
39	93.337	0,00301796	38,28
40	93.055	0,00317755	37,39
41	92.759	0,00335868	36,51
42	92.448	0,00356552	35,63
43	92.118	0,00380104	34,76
44	91.768	0,00406508	33,89
45	91.395	0,00435492	33,02
46	90.997	0,00467065	32,17
47	90.572	0,00501615	31,32
48	90.118	0,00539304	30,47
49	89.632	0,00580201	29,63
50	89.112	0,00624328	28,80
51	88.555	0,00671769	27,98
52	87.960	0,00722721	27,17
53	87.325	0,00777348	26,36
54	86.646	0,00835841	25,56
55	85.922	0,00899124	24,78
56	85.149	0,00966910	24,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

"BRASIL: TÁBUA DE MORTALIDADE IBGE 2021 - EXTRAPOLADA PARA AS IDADES ACIMA DE 80 ANOS - HOMENS."

(Extrapolação efetuada pelo MPS a partir da idade 80 da Tábua de Mortalidade Completa IBGE 2021 80+ HOMENS)

Conforme alínea "a", inciso I do art. 36 da Portaria MTP nº 1.467/2022 a tábua anual de mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatisticas - IBGE, segregada por sexo, é o parâmetro mínimo para a taxa de sobrevivência de válidos e inválidos a ser utilizada nas avaliações atuariais.

HOMENS			
Idades Exatas (x)	l_x	q_x	e_x
57	84.326	0,01038171	23,22
58	83.450	0,01112709	22,46
59	82.522	0,01191690	21,71
60	81.538	0,01277002	20,97
61	80.497	0,01370337	20,23
62	79.394	0,01472442	19,50
63	78.225	0,01584645	18,79
64	76.985	0,01707953	18,08
65	75.671	0,01839930	17,39
66	74.278	0,01984228	16,71
67	72.804	0,02148967	16,03
68	71.240	0,02338831	15,37
69	69.574	0,02552637	14,73
70	67.798	0,02783886	14,10
71	65.910	0,03031276	13,49
72	63.912	0,03301537	12,90
73	61.802	0,03597190	12,32
74	59.579	0,03919098	11,76
75	57.244	0,04265686	11,22
76	54.802	0,04638743	10,70
77	52.260	0,05044295	10,20
78	49.624	0,05486648	9,71
79	46.901	0,05968338	9,25
80	44.102	0,06396131	8,80
81	41.281	0,06848876	8,37
82	38.454	0,07330059	7,95
83	35.635	0,07843757	7,54
84	32.840	0,08394774	7,14
85	30.083	0,08988813	6,75
86	27.379	0,09632701	6,36
87	24.742	0,10334689	5,99
88	22.185	0,11104832	5,62
89	19.721	0,11955522	5,26
90	17.363	0,12902191	4,90
91	15.123	0,13964296	4,56
92	13.011	0,15166693	4,22
93	11.038	0,16541598	3,88
94	9.212	0,18131439	3,55
95	7.542	0,19993071	3,23
96	6.034	0,22204157	2,91
97	4.694	0,24872968	2,59
98	3.527	0,28153692	2,29
99	2.534	0,32270376	1,99
100	1.716	0,37553296	1,70
101	1.072	0,44487216	1,42
102	595	0,53740169	1,15
103	275	0,65993315	0,91
104	94	0,80883260	0,70
105	18	0,94190181	0,56
106	1	0,99552444	0,50
107	0	0,99997840	0,50
108	0	1,00000000	0,50
109	0	1,00000000	0,50
110	0	1,00000000	0,50
111	0	1,00000000	0,50

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

"BRASIL: TÁBUA DE MORTALIDADE IBGE 2021 - EXTRAPOLADA PARA AS IDADES ACIMA DE 80 ANOS AMBOS OS SEXOS."

(Extrapolação efetuada pelo MPS a partir da idade 80 da Tábua de Mortalidade Completa IBGE 2021 80+ AMBOS OS SEXOS)

Além das tábuas mínimas estabelecidas no art. 36, inciso I, alínea "a" da Portaria MTP nº 1.467/2022, poderá ser utilizada para as avaliações atuariais outras tábuas, incluindo a **"Extrapolada para as idades acima de 80 anos - Ambos os sexos"**, desde que na projeção dos aspectos biométricos dos segurados e de seus dependentes a utilização destas tábuas **não indiquem obrigações inferiores às alcançadas com o uso das tábuas referenciadas na alínea "a", inciso I do art. 36 da Portaria MTP nº 1.467/2022, segregadas por sexo**.

AMBOS OS SEXOS

Idades Exatas (x)	l_x	q_x	e_x
0	100.000	0,01120321	77,03
1	98.880	0,00078201	76,90
2	98.802	0,00049666	75,96
3	98.753	0,00037474	75,00
4	98.716	0,00030562	74,02
5	98.686	0,00026135	73,05
6	98.660	0,00023151	72,07
7	98.637	0,00021160	71,08
8	98.617	0,00019974	70,10
9	98.597	0,00019567	69,11
10	98.578	0,00020038	68,12
11	98.558	0,00021624	67,14
12	98.537	0,00024738	66,15
13	98.512	0,00030038	65,17
14	98.483	0,00038544	64,19
15	98.445	0,00065253	63,21
16	98.380	0,00081410	62,25
17	98.300	0,00095733	61,30
18	98.206	0,00106914	60,36
19	98.101	0,00115467	59,43
20	97.988	0,00123922	58,49
21	97.866	0,00132293	57,57
22	97.737	0,00137953	56,64
23	97.602	0,00140257	55,72
24	97.465	0,00140121	54,80
25	97.329	0,00138870	53,87
26	97.194	0,00138032	52,95
27	97.059	0,00138265	52,02
28	96.925	0,00140359	51,09
29	96.789	0,00143987	50,16
30	96.650	0,00148180	49,23
31	96.507	0,00152442	48,31
32	96.359	0,00157277	47,38
33	96.208	0,00162679	46,45
34	96.051	0,00168800	45,53
35	95.889	0,00175954	44,60
36	95.721	0,00184264	43,68
37	95.544	0,00193647	42,76
38	95.359	0,00204172	41,84
39	95.164	0,00216016	40,93
40	94.959	0,00229163	40,02
41	94.741	0,00244013	39,11
42	94.510	0,00261141	38,20
43	94.263	0,00280878	37,30
44	93.999	0,00303066	36,40
45	93.714	0,00327393	35,51
46	93.407	0,00353538	34,63
47	93.077	0,00381487	33,75
48	92.722	0,00411154	32,88
49	92.340	0,00442764	32,01
50	91.931	0,00476896	31,15
51	91.493	0,00513713	30,30
52	91.023	0,00552938	29,45
53	90.520	0,00594638	28,61
54	89.981	0,00639169	27,78
55	89.406	0,00687537	26,96
56	88.792	0,00739824	26,14

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

"BRASIL: TÁBUA DE MORTALIDADE IBGE 2021 - EXTRAPOLADA PARA AS IDADES ACIMA DE 80 ANOS AMBOS OS SEXOS."

(Extrapolação efetuada pelo MPS a partir da idade 80 da Tábua de Mortalidade Completa IBGE 2021 80+ AMBOS OS SEXOS)

Além das tábuas mínimas estabelecidas no art. 36, inciso I, alínea "a" da Portaria MTP nº 1.467/2022, poderá ser utilizada para as avaliações atuariais outras tábuas, incluindo a **"Extrapolada para as idades acima de 80 anos - Ambos os sexos"**, desde que na projeção dos aspectos biométricos dos segurados e de seus dependentes a utilização destas tábuas **não indiquem obrigações inferiores às alcançadas com o uso das tábuas referenciadas na alínea "a", inciso I do art. 36 da Portaria MTP nº 1.467/2022, segregadas por sexo**.

AMBOS OS SEXOS

Idades Exatas (x)	l_x	q_x	e_x
57	88.135	0,00795378	25,33
58	87.434	0,00854242	24,53
59	86.687	0,00917349	23,74
60	85.892	0,00985994	22,95
61	85.045	0,01061519	22,17
62	84.142	0,01144771	21,41
63	83.179	0,01236868	20,65
64	82.150	0,01338553	19,90
65	81.050	0,01448282	19,16
66	79.876	0,01568496	18,44
67	78.624	0,01704603	17,72
68	77.283	0,01859698	17,02
69	75.846	0,02033206	16,34
70	74.304	0,02220689	15,66
71	72.654	0,02422170	15,01
72	70.894	0,02643434	14,37
73	69.020	0,02887052	13,75
74	67.027	0,03153468	13,14
75	64.914	0,03439347	12,55
76	62.681	0,03746709	11,98
77	60.333	0,04083425	11,43
78	57.869	0,04454367	10,89
79	55.291	0,04860682	10,38
80	52.604	0,05262772	9,88
81	49.835	0,05683528	9,40
82	47.003	0,06125575	8,94
83	44.124	0,06591932	8,49
84	41.215	0,07086092	8,05
85	38.295	0,07612130	7,63
86	35.380	0,08174838	7,22
87	32.487	0,08779897	6,82
88	29.635	0,09434096	6,42
89	26.839	0,10145626	6,04
90	24.116	0,10924466	5,67
91	21.482	0,11782893	5,30
92	18.950	0,12736185	4,94
93	16.537	0,13803588	4,59
94	14.254	0,15009664	4,24
95	12.115	0,16386219	3,91
96	10.130	0,17975103	3,57
97	8.309	0,19832341	3,25
98	6.661	0,22034384	2,93
99	5.193	0,24687703	2,61
100	3.911	0,27943760	2,30
101	2.818	0,32022444	2,00
102	1.916	0,37247756	1,71
103	1.202	0,44095734	1,43
104	672	0,53226162	1,16
105	314	0,65331527	0,92
106	109	0,80149946	0,71
107	22	0,93704999	0,56
108	1	0,99468680	0,51
109	0	0,99996935	0,50
110	0	1,00000000	0,50
111	0	1,00000000	0,50

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Tábua de Entrada em Invalidez Álvaro Vindas

x	i_x
15	0,000 575
16	0,000 573
17	0,000 572
18	0,000 570
19	0,000 569
20	0,000 569
21	0,000 569
22	0,000 569
23	0,000 570
24	0,000 572
25	0,000 575
26	0,000 579
27	0,000 583
28	0,000 589
29	0,000 596
30	0,000 605
31	0,000 615
32	0,000 628
33	0,000 643
34	0,000 660
35	0,000 681
36	0,000 704
37	0,000 732
38	0,000 764
39	0,000 801
40	0,000 844
41	0,000 893
42	0,000 949
43	0,001 014
44	0,001 088
45	0,001 174
46	0,001 271
47	0,001 383

x	i_x
48	0,001 511
49	0,001 657
50	0,001 823
51	0,002 014
52	0,002 231
53	0,002 479
54	0,002 762
55	0,003 089
56	0,003 452
57	0,003 872
58	0,004 350
59	0,004 895
60	0,005 516
61	0,006 223
62	0,007 029
63	0,007 947
64	0,008 993
65	0,010 183
66	0,011 542
67	0,013 087
68	0,014 847
69	0,016 852
70	0,019 135
71	0,021 734
72	0,024 695
73	0,001 707
74	0,031 904
75	0,036 275
76	0,041 252
77	0,046 919
78	0,055 371
79	0,060 718
80	0,069 084

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0P1-FB9J-7WQU-3ADE

Prefeitura Municipal de Igarapava

PROJETO DE LEI Nº 02 DE 03 DE FEVEREIRO DE 2025

"DISPÕE SOBRE O PARCELAMENTO DE DÉBITOS PREVIDENCIÁRIOS DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA COM O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA – PREVIGARAPAVA".

DR. JOSÉ HUMBERTO LACERDA RODRIGUES, Prefeito Municipal de Igarapava, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas por Lei:

FAZ SABER QUE:

Art. 1. Fica autorizado o parcelamento dos aportes mensais que visam o equacionamento do déficit atuarial, estabelecidos no **Decreto 2744, de 31 de julho de 2023**, devidos e não repassados pelo Município ao Regime Próprio de Previdência Social – RPPS, das competências de Junho a Dezembro de 2.023, que totalizam **R$ 4.752.648,11 (quatro milhões, setecentos e cinquenta e dois mil, seiscentos e quarenta e oito reais e onze centavos)**, em **60 (sessenta)** prestações mensais, iguais e consecutivas, no valor de **R$ 79.210,80 (setenta e nove mil, duzentos e dez reais e oitenta centavos)**, nos termos do artigo 5º da Portaria MPS nº 402/2008, na redação das Portarias MPS - nº 21/2013 e nº 307/2013.

Parágrafo único. É vedado o parcelamento, para o período a que se refere o caput deste artigo, de débitos oriundos de contribuições previdenciárias descontadas dos segurados ativos, aposentados e pensionistas e de débitos não decorrentes de contribuições previdenciárias.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0N8-ERQE-8ISH-6G81

Art. 2. Para apuração do montante devido os valores originais serão atualizados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, e multa de 2% (dois por cento) acumulados desde a data de vencimento até a data da assinatura do termo de acordo de parcelamento.

Parágrafo Primeiro – As prestações vincendas serão atualizadas mensalmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, acrescido de juros simples de 0,5% (meio por cento) ao mês, acumulados desde a data de consolidação do montante devido no termo de acordo de parcelamento até o mês do pagamento.

Parágrafo Segundo – As prestações vencidas serão atualizadas mensalmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, acrescido de juros simples de 0,5% (meio por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento), acumulados desde a data de vencimento da prestação até o mês do efetivo pagamento.

Art. 3. Fica autorizada a vinculação do Fundo de Participação dos Municípios - FPM como garantia das prestações acordadas no termo de parcelamento, não pagas no seu vencimento.

Parágrafo único. A garantia de vinculação do FPM deverá constar de cláusula do termo de parcelamento e de autorização fornecida ao agente financeiro responsável pelo repasse das cotas, e vigorará até a quitação do termo.

Art. 4. As despesas com a execução desta Lei correrão no ano corrente por conta das dotações consignadas no orçamento vigente, suplementada se necessário, sendo que nos exercícios seguintes se farão as previsões necessárias para o pagamento das parcelas vencíveis

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0N8-ERQE-8ISH-6G81

nos respectivos períodos para fazer “jus” ao acordo autorizado por esta Lei.

Art. 5. O Poder Executivo poderá regulamentar a presente lei, caso necessário no prazo de 90 dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 6. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GOVERNO MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Aos três de fevereiro de dois mil e vinte e cinco.

JOSÉ HUMBERTO LACERDA RODRIGUES
PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0N8-ERQE-8ISH-6G81

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0NY-JIV7-7LYW-5K14

DEMONSTRATIVO DOS CRÉDITOS SUPLEMENTARES
PERIODO: 01/01/2023 até 31/12/2023

ENTIDADE: **CONSOLIDADO**
EXERCÍCIO: **2023**
LEI ORÇAMENTÁRIA Nº **1085** DE **27/12/2022**
DESPESA TOTAL FIXADA: R$ **178.977.300,00**
PERCENTUAL AUTORIZADO NA LEI ORÇAMENTÁRIA PARA
SUPLEMENTAÇÃO: **10% (17.897.730,00)** REMANEJAMENTO: **10% (17.897.730,00)**

AUTORIZAÇÃO					SUPLEMENTAÇÃO			ESPECIAL			EXTRAORDINÁRIO COM ORIGEM DE RECURSO			EXTRAORDINÁRIO SEM ORIGEM DE RECURSO	REMANEJ TRANSFE TRANSP(ALT.FONT
LEI		DECRETO/PORTARIA													
Nº	DATA	Tipo	Nº	DATA	ANULAÇÃO	EXCESSO	SUPERAVIT OU OP. DE CREDITO	ANULAÇÃO	EXCESSO	SUPERAVIT OU OP. DE CREDITO	ANULAÇÃO	EXCESSO	SUPERAVIT OU OP. DE CREDITO		
1085	16/12/2022	D	2699	17/01/2023	517.550,00										
1055	07/07/2022	D	2702	18/01/2023											25
1086	15/02/2023	D	2706	22/02/2023				18.949,00		450.000,00					
1085	16/12/2022	D	2707	23/02/2023	264.500,00										
1085	16/12/2022	D	2711	13/03/2023	75.000,00										
1085	16/12/2022	D	2718	13/04/2023	391.550,00										
1	30/04/2023	D	1	30/04/2023											50
1085	16/12/2022	D	2721	12/05/2023	910.800,00										
1085	16/12/2022	D	2724	23/05/2023	20.000,00										
1085	16/12/2022	D	2728	01/06/2023	1.169.700,00										
1085	16/12/2022	D	2730	07/06/2023	237.200,00										
1085	16/12/2022	D	2731	12/06/2023	221.000,00										
1085	16/12/2022	D	2732	26/06/2023	1.762.220,00										
1107	29/06/2023	D	2735	30/06/2023				338.493,57	4.565.327,95	13.114.156,94					
1105	25/05/2023	D	2736	03/07/2023			1.235.000,00								
1085	16/12/2022	D	2737	06/07/2023	487.500,00										
1085	16/12/2022	D	2738	21/07/2023	394.000,00										
1085	16/12/2022	D	2739	21/07/2023	646.800,00										
1085	16/12/2022	D	2748	01/08/2023	616.600,00										
1085	16/12/2022	D	2751	11/08/2023	526.500,00										
1085	16/12/2022	D	2752	22/08/2023	997.500,00										
1085	16/12/2022	D	2753	23/08/2023	698.000,00										
1113	23/08/2023	D	2755	23/08/2023					150.000,00						
2	31/08/2023	D	2	31/08/2023											4
1085	16/12/2022	D	2756	01/09/2023	1.219.560,00										
1085	16/12/2022	D	2758	11/09/2023	1.048.000,00										
1117	14/09/2023	D	2759	14/09/2023					19.001,25						
1119	19/09/2023	D	2760	19/09/2023					276.602,00						
1085	16/12/2022	D	2761	19/09/2023	981.000,00										
1085	16/12/2022	D	2762	26/09/2023	1.691.713,06										
1118	14/09/2023	D	2763	26/09/2023					298.492,04						
3	30/09/2023	D	3	30/09/2023											467.(
1085	16/12/2022	D	2765	02/10/2023	1.127.600,00										
1120	03/10/2023	D	2766	03/10/2023					12.000,00						
1121	03/10/2023	D	2767	03/10/2023					292.654,81						
1122	03/10/2023	D	2768	03/10/2023						350.000,00					
1123	03/10/2023	D	2769	03/10/2023						150.000,00					
1124	03/10/2023	D	2770	03/10/2023					142.870,00						
1125	03/10/2023	D	2771	03/10/2023				197.795,44							
1115	29/08/2023	D	2773	09/10/2023					500.000,00						

DEMONSTRATIVO DOS CRÉDITOS SUPLEMENTARES
PERIODO: 01/01/2023 até 31/12/2023

ENTIDADE: **CONSOLIDADO**
EXERCÍCIO: **2023**
LEI ORÇAMENTÁRIA Nº **1085** DE **27/12/2022**
DESPESA TOTAL FIXADA: R$ **178.977.300,00**
PERCENTUAL AUTORIZADO NA LEI ORÇAMENTÁRIA PARA
SUPLEMENTAÇÃO: **10% (17.897.730,00)** REMANEJAMENTO: **10% (17.897.730,00)**

AUTORIZAÇÃO					SUPLEMENTAÇÃO			ESPECIAL			EXTRAORDINÁRIO COM ORIGEM DE RECURSO			EXTRAORDINÁRIO SEM ORIGEM DE RECURSO	REMANEJ TRANSFE TRANSP ALT.FONT
LEI		DECRETO/PORTARIA													
Nº	DATA	Tipo	Nº	DATA	ANULAÇÃO	EXCESSO	SUPERAVIT OU OP. DE CREDITO	ANULAÇÃO	EXCESSO	SUPERAVIT OU OP. DE CREDITO	ANULAÇÃO	EXCESSO	SUPERAVIT OU OP. DE CREDITO		
1127	10/10/2023	D	2774	10/10/2023					122.446,40						
1126	10/10/2023	D	2775	10/10/2023						1.000.000,00					
1085	16/12/2022	D	2776	10/10/2023	1.192.800,00										
1085	16/12/2022	D	2778	23/10/2023	1.703.550,00										
1085	16/12/2022	D	2779	24/10/2023	1.344.500,00										
1128	20/10/2023	D	2781	26/10/2023					500.000,00						
4	31/10/2023	D	4	31/10/2023											1
1085	16/12/2022	D	2783	01/11/2023	587.628,35										
1085	16/12/2022	D	2784	06/11/2023	2.560.765,87										
1132	15/11/2023	D	2788	17/11/2023					75.554,12						
1085	16/12/2022	D	2789	23/11/2023	2.279.400,00										
1055	07/07/2022	D	2790	24/11/2023											24
1134	28/11/2023	D	2791	28/11/2023					56.343,93						
1055	07/07/2022	D	2792	28/11/2023											7
1085	16/12/2022	D	2793	28/11/2023	2.519.300,00										
1055	07/07/2022	D	2794	29/11/2023											1.16
1055	07/07/2022	D	2795	30/11/2023											12
1085	16/12/2022	D	2799	05/12/2023	4.103.762,38	152,00									
1085	16/12/2022	D	2797	08/12/2023	773,00										
1136	06/12/2023	D	2798	08/12/2023					850.000,00						
1055	07/07/2022	D	2800	08/12/2023											48
1137	13/12/2023	D	2801	14/12/2023					153.778,61						
1055	07/07/2022	D	2802	14/12/2023											20
1055	07/07/2022	D	2805	19/12/2023											31
1140	21/12/2223	D	2806	21/12/2023					185.817,81						
1055	07/07/2022	D	2809	22/12/2023											86
1055	07/07/2022	D	2810	29/12/2023											94
5	31/12/2023	D	5	31/12/2023											4
				TOTAIS	32.296.772,66	152,00	1.235.000,00	555.238,01	8.200.888,92	15.064.156,94	0,00	0,00	0,00	0,00	5.737.

TOTAL SUPLEMENTADO SOBRE A LEI ORÇAMENTÁRIA(1085): 32.296.924,66 (18,045%)
EXCEÇÕES SUPLEMENTADO SOBRE A LEI ORÇAMENTÁRIA(1085): 14.399.414,38 (8,045%)

TOTAL CONSIDERADO SOBRE A LEI ORÇAMENTÁRIA(1085): 17.897.510,28 (10,00%)

TOTAL CONSIDERADO SOBRE A LEI LDO(9999): 4.665.727,82 (2,607%)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SÂNCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0NY-JIV7-7LYW-5K14

DEMONSTRATIVO DOS CRÉDITOS SUPLEMENTARES
PERIODO: 01/01/2023 até 31/12/2023

ENTIDADE: **CONSOLIDADO**
EXERCÍCIO: **2023**
LEI ORÇAMENTÁRIA Nº **1085** DE **27/12/2022**
DESPESA TOTAL FIXADA: R$ **178.977.300,00**
PERCENTUAL AUTORIZADO NA LEI ORÇAMENTÁRIA PARA
SUPLEMENTAÇÃO: **10% (17.897.730,00)** REMANEJAMENTO: **10% (17.897.730,00)**

AUTORIZAÇÃO					SUPLEMENTAÇÃO			ESPECIAL			EXTRAORDINÁRIO COM ORIGEM DE RECURSO			EXTRAORDINÁRIO SEM ORIGEM DE RECURSO	REMANEJ TRANSFE TRANSP ALT.FONT
LEI		DECRETO/PORTARIA													
Nº	DATA	Tipo	Nº	DATA	ANULAÇÃO	EXCESSO	SUPERAVIT OU OP. DE CREDITO	ANULAÇÃO	EXCESSO	SUPERAVIT OU OP. DE CREDITO	ANULAÇÃO	EXCESSO	SUPERAVIT OU OP. DE CREDITO		

DR.JOSE R.RODRIGUES MATTAR
Prefeito Municipal

HELEM DA SILVA MANOEL
CONTADOR TC 1SP 342581

HUMBERTO JANES DOS SANTOS
Tesosureiro

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0NY-JIV7-7LYW-5K14

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO
CORPO DE BOMBEIROS

PROTOCOLO DE ANÁLISE DE PROJETO TÉCNICO Nº. 164331-1/2023

Solicitação Nº.:	3739610
Projeto Nº.:	117063/3520103/2023
Data:	15/06/2023
Endereço:	RUA SALDANHA MARINHO, 0 - EMEF CAPITÃO CHICO RIBEIRO - CENTRO
Município:	IGARAPAVA
Proprietário:	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Resp. pelo Uso:	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Valor Pago:	Isento

ELOGIOS, SUGESTÕES, CRÍTICAS E RECLAMAÇÕES: Acesse **www.corpodebombeiros.sp.gov.br** no link "Fale com os bombeiros".

Este protocolo não substitui o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros*(AVCB*).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LE-L25M-6Z1Y-L71H

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO
CORPO DE BOMBEIROS

PROTOCOLO DE ANÁLISE DE PROJETO TÉCNICO Nº. 164359-1/2023

Solicitação Nº.:	3739658
Projeto Nº.:	117088/3520103/2023
Data:	15/06/2023
Endereço:	RUA CORONEL FRANCISCO MARTINS, 0 - EMEF CEL. QUITO JUNQUEIRA - CENTRO
Município:	IGARAPAVA
Proprietário:	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Resp. pelo Uso:	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Valor Pago:	Isento

ELOGIOS, SUGESTÕES, CRÍTICAS E RECLAMAÇÕES: Acesse **www.corpodebombeiros.sp.gov.br** no link "Fale com os bombeiros".

Este protocolo não substitui o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros(AVCB).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LE-L25M-6Z1Y-L71H

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO
CORPO DE BOMBEIROS

PROTOCOLO DE ANÁLISE DE PROJETO TÉCNICO Nº. 164385-1/2023

Solicitação Nº.:	3739681
Projeto Nº.:	117104/3520103/2023
Data:	15/06/2023
Endereço:	RUA BENJAMIN CONSTANT, 443 - EMEF PROSESSOR DANTES - BAIRRO DA SAUDADE
Município:	IGARAPAVA
Proprietário:	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Resp. pelo Uso:	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Valor Pago:	Isento

ELOGIOS, SUGESTÕES, CRÍTICAS E RECLAMAÇÕES: Acesse **www.corpodebombeiros.sp.gov.br** no link "Fale com os bombeiros".

Este protocolo não substitui o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros(AVCB).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LE-L25M-6Z1Y-L71H

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO
CORPO DE BOMBEIROS

PROTOCOLO DE ANÁLISE DE PROJETO TÉCNICO Nº. 164442-1/2023

Solicitação Nº.:	3739743
Projeto Nº.:	117142/3520103/2023
Data:	15/06/2023
Endereço:	AVENIDA SÃO PAULO, 0 - GINÁSIO DE ESPORTES - JARDIM BEATRIZ
Município:	IGARAPAVA
Proprietário:	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Resp. pelo Uso:	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Valor Pago:	Isento

ELOGIOS, SUGESTÕES, CRÍTICAS E RECLAMAÇÕES: Acesse **www.corpodebombeiros.sp.gov.br** no link "Fale com os bombeiros".

Este protocolo não substitui o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros*(AVCB*).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LE-L25M-6Z1Y-L71H

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://assinaturas.serpro.gov.br/validador/v2

"DISPÕE SOBRE O PLANO DE CARGOS, VENCIMENTOS, CARREIRAS E ATRIBUIÇÕES DOS SERVIDORES E EMPREGADOS PÚBLICOS DO QUADRO DE PESSOAL DO PODER EXECUTIVO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA, INSTITUI NOVA TABELA DE VENCIMENTOS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

DR. JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, Prefeito Municipal de Igarapava, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas por Lei:

FAZ SABER que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte Lei:

TÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1°. Esta Lei Complementar dispõe sobre o Plano de Cargos, Vencimentos, Carreiras e Atribuições dos servidores e empregados públicos do quadro de pessoal do Poder Executivo do Município de Igarapava, com exceção do quadro do Magistério que tem Lei própria, institui nova Tabela de Vencimentos, de modo a garantir a qualidade na prestação de serviços aos cidadãos do Município de Igarapava.

Art. 2°. A política de pessoal da Prefeitura Municipal de Igarapava fundamenta-se na valorização do servidor, com base na dignificação do exercício do serviço público, e tem por objetivo:

I - a valorização e profissionalização dos servidores e empregados públicos da Prefeitura do Município de Igarapava;

II - a eficiência na execução dos serviços;

III - a melhoria constante no atendimento aos munícipes, com incentivo e valorização ao aperfeiçoamento do servidor no que concerne à busca permanente pelo conhecimento intelectual; e

IV - a continuidade na prestação dos serviços, com incentivo à permanência do servidor na execução e desenvolvimento de suas atribuições.

Parágrafo único. A fixação dos vencimentos dispostos nesta Lei Complementar observará:

I - a natureza, o grau de responsabilidade e a complexidade dos cargos e empregos públicos;

II - os requisitos para a investidura nos cargos e empregos públicos; e

III - as peculiaridades dos cargos e empregos públicos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://assinaturas.serpro.gov.br/validador-html

Art. 3º. Para os efeitos desta Lei Complementar, considera-se:

I - Servidor Público: é a pessoa legalmente investida em cargo público de provimento efetivo, regida pelo Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Igarapava;

II – Quadro de pessoal: é o conjunto de cargos e empregos públicos que integram a estrutura organizacional do Poder Executivo;

III - Empregado Público: é a pessoa que mantém relação contratual de trabalho com o Poder Executivo municipal, regida pela Consolidação das Leis do Trabalho;

IV - Cargo Público: é o conjunto de atribuições específicas desempenhadas pelo servidor público estatutário, criado por lei, em número certo, com denominação própria, valor de referência correspondente e requisitos para o provimento;

V - Emprego Público: é o conjunto de atribuições específicas desempenhadas pelo empregado público celetista, criado por lei, em número certo, com denominação própria, e valor de referência correspondente e requisitos para a admissão;

VI – Vencimento: remuneração básica, fixada em Lei, dos cargos públicos, sem qualquer acessório ou acréscimo;

VII – Remuneração: conjunto final de salário ou vencimento e vantagens, quer incorporadas definitivamente, quer provisoriamente;

VIII – Carreira: é um agrupamento de classes do mesmo cargo, profissão ou atividade, com denominação própria;

IX – Classe: é um agrupamento de níveis e graus do mesmo cargo de provimento efetivo ou emprego público;

X – Nível: é o padrão básico de vencimento previsto para o cargo, indicativo, representado por números romanos, de posição vertical na Carreira em que o servidor poderá estar enquadrado, segundo critério de escolaridade do art. 35 desta Lei Complementar;

XI – Grau: indicativo, representado por números cardinais, de cada posição horizontal na Carreira em que o servidor e empregado público poderá ser enquadrado, segundo ditames dos arts. 22 e 23 desta Lei Complementar;

XII - Progressão Vertical: passagem do servidor de um Nível para outro na tabela de evolução funcional referente aos cargos e empregos públicos contida no Anexo VI desta Lei Complementar;

XIII - Progressão Horizontal: passagem do servidor de um Grau para outro imediatamente superior na tabela de evolução funcional referente aos cargos e empregos públicos contida no Anexo VI desta Lei Complementar.

Art. 4°. São partes integrantes desta Lei Complementar os seguintes anexos:

I - Anexo I – Quadro de Pessoal por Nível de Escolaridade – Cargos Efetivos e Empregos Públicos;

II - Anexo II – Nova Tabela de Vencimentos Atualizada – Cargos Efetivos e Empregos Públicos;

III - Anexo III - Tabela de Referência de Vencimentos - Cargos Efetivos e Empregos Públicos;

IV – Anexo IV - Atribuições dos Cargos Efetivos e Empregos Públicos;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://assinador.iti.gov.br/assinador-web/verificador.xhtml e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

V – Anexo V - Quadro de Cargos Efetivos Vagos a serem extintos na publicação da presente Lei Complementar;
VI – Anexo VI - Tabela de Progressão Vertical e Progressão Horizontal.

TÍTULO II
DO PLANO DE CLASSIFICAÇÃO DE CARGOS, VENCIMENTOS, CARREIRAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 5°. O Plano de Classificação de Cargos, Vencimentos, Carreiras e Atribuições do Serviço Público Municipal da Administração Direta do Município de Igarapava passa a obedecer às diretrizes básicas fixadas nesta Lei Complementar e seus respectivos anexos.

CAPÍTULO I
DO QUADRO DE PESSOAL

Art. 6°. O Quadro de Pessoal da Administração Direta do Município de Igarapava é formado pelos cargos e empregos públicos indicados por nível de escolaridade no respectivo Anexo I desta Lei Complementar.
§ 1°. Os cargos e empregos públicos constantes do Anexo I desta Lei Complementar são providos por concurso público de provas ou de provas e títulos e seu ingresso dar-se-á sempre no Nível I e Grau 1 do respectivo cargo ou emprego público.
§ 2°. As atribuições de cada cargo e emprego público estão definidas conforme o disposto o Anexo IV desta Lei Complementar.
§ 3°. As tabelas de vencimentos e referências salariais seguem demonstradas no Anexo II e Anexo III desta Lei Complementar.

Art. 7°. Os cargos públicos de provimento em comissão são de livre nomeação e exoneração pelo Chefe do Poder Executivo, devendo ser ocupados, preferencialmente, por servidores do quadro permanente, respeitados o percentual mínimo de 5% (cinco por cento), bem como os critérios e requisitos de provimento estabelecidos na Lei Complementar n°. 045, de 03 de junho de 2015.

CAPÍTULO II
DA ESCALA DE VENCIMENTOS

Art. 8°. A remuneração do servidor e empregado público corresponde ao vencimento básico relativo à referência remuneratória em que se encontre, acrescido das vantagens pecuniárias a que fizer jus, conforme estabelecido nesta Lei Complementar.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://assinaturas.e-publicacao.org.br/#/validar/ICPBrasil

Parágrafo único. É concedido ao servidor o direito à percepção das vantagens pecuniárias previstas na Lei Complementar n°. 045, de 03 de junho de 2015 e legislação específica.

Art. 9°. Ficam fixados os novos valores dos vencimentos básicos dos servidores e empregados públicos de que trata esta Lei Complementar de acordo com a natureza, o grau de responsabilidade, a complexidade, os requisitos exigidos para a investidura e as peculiaridades de cada cargo e emprego público, conforme tabela de vencimentos constante no Anexo II desta Lei Complementar.
Parágrafo único. A partir da promulgação desta Lei Complementar, todos os servidores e empregados públicos do Quadro de Pessoal a que se refere o Anexo I desta Lei Complementar serão reenquadrados na classe inicial de seu cargo ou emprego público, observando-se a nova referência salarial constante do Anexo II desta Lei Complementar.

Art. 10. As referências salariais serão indicadas por letras, conforme explicitado no Anexo III desta Lei Complementar.

Art. 11. Os vencimentos dos cargos de provimento em comissão do Poder Executivo do Município de Igarapava não experimentam alteração em Nível ou Grau.

CAPÍTULO III
EVOLUÇÃO FUNCIONAL

Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 12. O sistema de evolução funcional é o conjunto de possibilidades proporcionadas pela Administração, mediante a aplicação de determinados princípios, que assegurem aos servidores efetivos e empregados públicos, sob o sistema de contínuo treinamento, aperfeiçoamento, avaliação de desempenho individual e reciclagem periódica, condições indispensáveis à sua valorização profissional.

Art. 13. A Evolução Funcional nos cargos e empregos públicos ocorrerá mediante:
I - Progressão Vertical;

II - Progressão Horizontal.

§ 1°. O Anexo VI dispõe sobre a tabela de Progressão Horizontal e Progressão Vertical, com exceção dos cargos do quadro do magistério.
§ 2°. A Evolução Funcional prevista no *caput* deste artigo só se aplica aos cargos e empregos públicos de provimento efetivo e será processada através de avaliações periódicas, nos termos desta Lei Complementar e regulamento, orientadas pelo critério da impessoalidade e que reflita, na medida do possível e segundo o prontuário do servidor, a sua capacidade profissional, interesse pelo trabalho, contribuição para a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://assinaturas.e-tce.tce.sp.gov.br/verificador/

racionalização de procedimentos administrativos, busca pelo aperfeiçoamento e atualização profissional, iniciativa e assiduidade.

Art. 14. Na hipótese de Progressão Vertical, a instauração do procedimento administrativo dependerá de requerimento expresso do servidor ou empregado público devidamente instruído com a documentação comprobatória que demonstre os requisitos legais para tanto, nos termos da presente Lei Complementar.

Art. 15. Na hipótese de Progressão de Progressão Horizontal, a Comissão Especial de Avaliação Funcional de que trata o art. 39 desta Lei Complementar poderá solicitar ao servidor ou empregado público a apresentação de documentação comprobatória que demonstre os requisitos legais para fins de instrução do procedimento administrativo.

Art. 16. O interstício mínimo exigido na Evolução Funcional será descrito em cada evolução e considerará o tempo de efetivo exercício, sendo assim considerados, também, os períodos de gozo:

I - de férias;

II - de licença prêmio;

III - de compensação de serviço extraordinário prestado ao Município;

IV - de participação em cursos obrigatórios realizados por força de convocação da Administração Municipal;

V - de salário maternidade e salário paternidade;

VI - de ausências permitidas no parágrafo único do art. 80 e art. 182, ambos do Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Igarapava, bem como a dispensa de que trata o art. 98 da Lei 9.504, de 30 de setembro de 1997.

§ 1º. São causas de suspensão do interstício para fins de evolução funcional, enquanto durarem suas hipóteses ensejadoras:

I - licença do trabalho remunerada superior a 60 (sessenta) dias consecutivos;

II - licença do trabalho não remunerada de qualquer duração.

§ 2º. Interrompe o interstício para fins de evolução funcional, de modo que o servidor ou empregado público terá de iniciar novo interstício, em havendo interesse em progredir na carreira:

I - sanção disciplinar, exceto advertência e multa, aplicada definitivamente em sede de sindicância ou processo administrativo disciplinar;

II – requerimento potestativo expresso do servidor ou empregado público nesse sentido, com eficácia a partir do respectivo protocolo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://assinaturas.serpro.gov.br/validador-v2

Art. 17. Os direitos e vantagens decorrentes da progressão horizontal e progressão vertical de que trata esta Lei Complementar dependerão da publicação de ato administrativo respectivo no Diário Oficial do Município.

Art. 18. Não prejudica a contagem de tempo para os respectivos interstícios necessários para a Evolução Funcional:
I - a nomeação para cargo em comissão ou a designação para função gratificada e cessão para outros órgãos públicos;
II - afastamento do trabalho em razão de acidentes de trabalho ou, apenas em relação à progressão horizontal, exercício de mandato classista.

Art. 19. Somente será computado para fins de evolução funcional o tempo de serviço no cargo público efetivo e emprego público no qual o servidor ou empregado público está atualmente investido através de concurso público de provas ou de provas e títulos.
§ 1°. O tempo de serviço prestado como temporário não será computado para fins de evolução funcional.
§ 2°. O servidor ou empregado público que vier a ser nomeado em outro cargo ou emprego público, iniciará a carreira no Grau 1 do Nível I, sem qualquer aproveitamento de progressão anterior em outro cargo efetivo ou emprego público.

Art. 20. O diploma ou certificado utilizado para qualquer evolução funcional somente será considerado uma vez e para uma evolução na respectiva carreira e não pode coincidir com aquele utilizado para ingresso no cargo efetivo ou admissão no emprego público, vedado o fracionamento de horas.

Seção II
Da Progressão Horizontal

Art. 21. A Progressão Horizontal é a passagem, por merecimento, do servidor público efetivo ou empregado público de um Grau para outro imediatamente superior na sua Classe.
§ 1°. A progressão horizontal far-se-á obedecendo aos critérios fixados nesta Lei Complementar.
§ 2º. O Grau será representado por número arábico.

§ 3º. O percentual de evolução funcional da progressão horizontal será de 3% (três por cento), com a passagem de um Grau (número arábico) para outro, imediatamente superior, mantendo-se o Nível (números romanos).
§ 4º. A progressão horizontal é de caráter pessoal, com interstício de 03 (três) anos, entre uma e outra.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://assinaturas.serpro.gov.br/validador/v2

Art. 22. O merecimento é a demonstração positiva do servidor no exercício de suas funções e se evidencia pelo desempenho de forma eficiente e eficaz das atribuições que lhe são cometidas, auferidas por avaliação periódica e observados os seguintes critérios:

I – assiduidade;

II – eficiência;

III – capacitação continuada, comprovada mediante certificados de participação em cursos de especialização na área das atribuições que lhe são cometidas e desempenho, compreendendo: participação em seminários, congressos, conferências, treinamento e capacitação na área das atribuições que lhe são cometidas, oferecidas de forma universalizadas ao quadro pelo Município ou ainda realizado espontaneamente pelo próprio servidor.

Art. 23. A aferição dos critérios de merecimento para fins de progressão horizontal obedecerá à seguinte pontuação:

I - para assiduidade: de 3 (três) pontos negativos a 3 (três) pontos positivos;

a) a contagem será iniciada pela pontuação máxima;

b) para cada falta injustificada no período avaliado, será descontado 0,25 (vinte e cinco centésimos) ponto.

II - para eficiência: de 3 (três) pontos negativos a 3 (três) pontos positivos;

a) a contagem será iniciada pela pontuação máxima;

b) desatendimento injusto a determinada meta fixada em plano de trabalho de gestão pública homologado pela Chefia ou autoridade superior, será deduzido 0,5 (cinco décimos);

c) para sanção disciplinar de advertência serão deduzidos 2 (dois) pontos.

III – para capacitação continuada: de 0 (zero) a 4 (quatro) pontos;

a) a contagem será iniciada pela pontuação mínima;

b) para cada hora de presença, dentro do respectivo interstício, comprovada por certificado emitido de que trata o inciso III do art. 22 desta Lei Complementar, promovido pelo Município ou não, será atribuída a pontuação de 0,4 (quatro décimos);

c) para cada artigo científico público em periódico científico classificado, no mínimo, em Qualis B, 01 (um) ponto.

Art. 24. A avaliação e a progressão de cada servidor ou empregado público individualmente considerado será processada no ínterim do interstício, obedecendo-se os seguintes parâmetros:

I – para servidores e empregados públicos ativos na data da promulgação da presente Lei Complementar, o termo inicial do primeiro interstício coincidirá com o primeiro dia do mês imediatamente subsequente a essa promulgação;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://assinaturas.serpro.gov.br/validador/v2

II - para servidores ou empregados públicos investidos nos respectivos cargos ou empregos públicos após a data da entrada em vigor da presente Lei Complementar, o termo inicial do primeiro interstício coincidirá com a data da investidura;
III - A progressão horizontal dar-se-á sempre no Grau imediatamente superior em sua classe;
IV - O vencimento referente ao novo Grau será levado em consideração para todos os fins de direito.

Art. 25. A avaliação do servidor efetivo e empregado público é aquela resultante de sua pontuação obtida no respectivo interstício.
§ 1º. Ao servidor e empregado público será assegurado o direito de impugnar a pontuação aferida no prazo de 05 (cinco) dias contados de sua notificação, em petição escrita a Comissão Especial de Avaliação de Evolução Funcional de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, onde conste de modo objetivo as razões de seu inconformismo.
§ 2º. A Comissão Especial de Avaliação de Evolução Funcional de que trata o art. 39 desta Lei Complementar decidirá no prazo de até 30 (trinta) dias, ratificando ou retificando a pontuação, podendo para tanto produzir provas, caso entenda necessário, com recurso ao Chefe do Poder Executivo.

Art. 26. A avaliação de desempenho do servidor e empregado público consistirá no resultado dos apontamentos referidos nos parágrafos deste artigo.
§ 1º. Todos os apontamentos necessários à avaliação serão realizados Comissão Especial de Avaliação de Evolução Funcional de que trata o art. 39 desta Lei Complementar.

§ 2º. A soma aritmética da pontuação será realizada pela Comissão de Avaliação de Evolução Funcional de que trata o art. 39 desta Lei Complementar e encaminhada ao Departamento de Recursos Humanos competente para proceder às anotações nos prontuários do servidor ou empregado público avaliado.

Art. 27. Será promovido para o grau imediatamente superior na sua classe o servidor ou empregado público que obtiver na avaliação desempenho pontuação equivalente a, pelo menos, 07 (sete) pontos do total possível.

Art. 28. Caso o total de pontos obtidos pelo servidor ou empregado público seja inferior a 07 (sete) pontos do total possível não será este promovido na avaliação respectiva.

Art. 29. O período em que o servidor ou empregado público estiver exercendo cargo em comissão será contado como de efetivo exercício para os fins de evolução funcional, cuja progressão dar-se-á no cargo efetivo ou emprego público de origem.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://assinaturas.serpro.gov.br/validador/v2

Art. 30. Os procedimentos administrativos suplementares e demais normas relativas à progressão horizontal, no que couber, serão estabelecidos em regulamento.

Seção III

Da Progressão Vertical

Art. 31. A Progressão Vertical, por via acadêmica, é a passagem do servidor efetivo ou empregado público de um Nível para outro na sua classe.
§ 1º. O percentual de evolução funcional da progressão vertical será de 5% (cinco por cento) entre um nível e outro, com a passagem de um Nível (números romanos) para outro superior, mantendo-se o Grau (número arábico).
§ 2º. O vencimento referente ao novo Nível será levado em consideração para todos os fins de direito.

Art. 32. A progressão vertical é de caráter pessoal e somente será deferida mediante requerimento formal do servidor ou empregado público que estiver no exercício de seus cargos efetivos ou emprego público, respeitado interstício mínimo de 01 (um) ano entre uma e outra.
Parágrafo único: O termo inicial do interstício mínimo para primeira progressão de que trata o *caput* deste artigo:
I – coincidirá com a data de entrada em vigor da presente Lei Complementar, para servidores públicos e empregados públicos ativos nesse dia;
II – data do começo do efetivo exercício, para servidores ou empregados públicos cuja investidura seja posterior à data de entrada em vigor desta Lei Complementar.

Art. 33. A Qualificação exigida para a Progressão Vertical pode ser obtida mediante:
I - Escolaridade Formal;

II - Titulação.

Art. 34. A Escolaridade Formal e a Titulação devem ser reconhecidas pelo Ministério da Educação e não podem:
I - ser utilizadas mais de uma vez para fins de Evolução Funcional;

II - ter sido utilizadas como requisitos de ingresso no cargo público ou emprego público.

Art. 35. A carreira cujo requisito de ingresso equivalha a escolaridade formal:
I - de ensino fundamental completo distribuir-se-á em:

a) Nível I no respectivo ingresso;

b) Nível II, mediante conclusão de ensino médio completo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

II - de ensino médio completo distribuir-se-á em:

a) Nível I no respectivo ingresso;

b) Nível II, mediante conclusão de ensino superior completo.

III - de ensino superior completo distribuir-se-á em:

a) Nível I no respectivo ingresso;

b) Nível II, mediante conclusão de curso de Pós-Graduação *lato sensu*, com duração mínima de 360 (trezentos e sessenta) horas, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);

c) Nível III, mediante conclusão de curso de pós-graduação *stricto sensu* de Mestrado, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);

d) Nível IV, mediante conclusão de curso de pós-graduação *stricto sensu* de Doutorado, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Art. 36. Para efeitos de Progressão Vertical, os diplomas, certificados e títulos deverão ser analisados e validados previamente pela Comissão Especial de Avaliação Funcional de que trata do art. 39 desta Lei Complementar, devendo ser regulamentada a forma de validação e as espécies de declarações, certificados, diplomas e títulos a serem considerados.

Art. 37. Para fins de Progressão Vertical é necessário que o diploma, certificado e título seja relacionado ao cargo público do servidor ou empregado público, sendo facultada a consulta prévia à Comissão Especial de Avaliação Funcional de que trata do art. 39 desta Lei Complementar.

TÍTULO III

DA COMISSÃO ESPECIAL DE AVALIAÇÃO DE EVOLUÇÃO FUNCIONAL

Art. 38. A Comissão Especial de Avaliação de Evolução Funcional será composta por servidores públicos municipais efetivos e possuirá autoridade para os deferimentos ou indeferimentos das Evoluções Funcionais, nos termos da presente legislação, bem como para responder a consultas, por maioria absoluta de seus membros, que lhe sejam apresentadas.

Parágrafo único. A Comissão de Avaliação de Evolução Funcional de que trata o *caput* será nomeada pelo Chefe do Poder Executivo, tendo por competência, ainda, a análise dos apontamentos que lhe forem encaminhados pelo órgão de pessoal competente e a guarda dos documentos respectivos de cada avaliação por ela processada, na forma regulamentar.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://assinaturas.serpro.gov.br/validador-v2

Art. 39. A Comissão Especial de Avaliação Funcional terá a seguinte composição, sob a presidência do primeiro:

I – um membro titular e um membro substituto lotados no Departamento de Recursos Humanos;

II – um membro titular e um membro substituto lotados no mesmo Departamento do servidor ou empregado a ser avaliado;

III – um membro titular e um membro substituto ocupante do cargo de Procurador Municipal.

§1º O mandato dos membros titulares e substitutos será de 03 (três) anos a partir da publicação do ato administrativo de designação, sendo permitida uma recondução.

§2º Antes do decurso do prazo previsto no §1º deste artigo, os membros titulares e substitutos da Comissão Especial de Avaliação somente perderão seus mandatos:

I- em caso de renúncia;

II- em caso de condenação transitada em julgado em virtude da prática de ato incompatível com o desempenho da função ou de condenação em processo administrativo disciplinar.

§3º Aplicam-se aos membros da Comissão Especial de Avaliação Funcional as regras sobre impedimento e suspeição previstas nos artigos 18, 19, 20 e 21 da Lei Federal nº 9.784/1999, de 29 de janeiro de 1999, com suas posteriores alterações.

Art. 40. A atuação dos membros da Comissão Especial de Avaliação Funcional será realizada sem prejuízo das atribuições do cargo público ou emprego público titularizados, sendo realizado em horas extraordinárias pré-determinadas pela Chefia do Poder Executivo.

TÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS, FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 41. Os servidores e empregados públicos da Prefeitura Municipal de Igarapava deverão ser enquadrados, a partir da publicação desta Lei Complementar, no Grau 1 e Nível I das novas referências, conforme previsto no Anexo II desta Lei Complementar, respeitando-se e mantendo- se todas as vantagens de caráter permanente, observado o art. 42 desta Lei Complementar.

Art. 42. Eventuais décimos incorporados na forma do art. 297 da Lei Complementar Municipal n°. 45, de 03 de junho de 2015, serão gradualmente absorvidos pela progressão horizontal e vertical.

Art. 43. Os direitos estabelecidos aos servidores no Estatuto dos Funcionários Públicos Municipais de Igarapava e demais legislações ficam mantidos, observado o disposto no art. 44 desta Lei Complementar.

Art. 44. O servidor efetivo, ocupante de cargo de nível superior, que receber Adicional de Aperfeiçoamento Profissional de que trata o art. 94 da Lei Complementar Municipal nº. 45, de 03 de junho de 2015, não poderá acumulá-la com o recebimento da Evolução Funcional devendo optar por uma.

Parágrafo único. O regime de progressão previsto nesta Lei Complementar é incompatível com a percepção do Adicional de Aperfeiçoamento Profissional previsto no art. 94 da Lei Complementar nº 45/2015, sendo irretratável a opção realizada com fundamento no caput deste artigo.

Art. 45. O cargo público de Fiscal Tributário passa a se denominar Auditor Fiscal da Receita Municipal.

Art. 46. O cargo público de Procurador Jurídico passa a se denominar Procurador Municipal.

Art. 47. O Anexo V apresenta os cargos efetivos e empregos públicos vagos a serem extintos a partir da publicação da presente Lei Complementar.

Art. 48. O Plano de Carreira dos servidores integrantes do quadro do magistério municipal é disciplinado por Lei Complementar específica, não se aplicando a eles as disposições da presente Lei Complementar.

Art. 49. As avaliações de desempenho destinadas à verificação do critério de merecimento, previstas na presente Lei Complementar, serão regulamentadas através de Decreto, de forma específica, com observância aos critérios e requisitos definidos no Estatuto dos Funcionários Públicos de Igarapava.

Art. 50. Os casos omissos serão regulamentados por Decreto Municipal.

Parágrafo único. Não é autorizado estabelecer aumento ou diminuição de valores de vencimentos através de Decreto Municipal.

Art. 51. As despesas decorrentes da execução da presente Lei serão atendidas por conta das dotações próprias consignadas no orçamento, suplementadas oportunamente, se necessário, de acordo com as normas legais vigentes.

Art. 52. As despesas decorrentes da execução da presente Lei Complementar correrão por conta de dotação orçamentária própria, suplementada se necessário.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.sp.gov.br/verificador.pdf e informe o código verificador: 331035303130303A4A4F53452052494341524420524F4452494755455320

Art. 53. O caput do art. 177 da Lei Complementar Municipal nº 45, de 29 de junho de 2015, passa a vigorar com a seguinte redação:

> "Art. 177. Em todos os afastamentos, a remuneração poderá ser mantida, quando comprovado o interesse do Município, sendo o tempo de serviço contado para fim de aposentadoria, se houver contribuição para a previdência social municipal, de disponibilidade, para evolução funcional, se o caso, e concessão de adicional por tempo de serviço"

Art. 54. A presente Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, incluindo o Anexo I da Lei Ordinária Municipal nº 282, de 26 de outubro de 2006, o Anexo I da Lei Ordinária Municipal nº 289, de 22 de dezembro de 2006, as atribuições do Anexo I da Lei Complementar Municipal nº 64, de 30 de abril de 2019, o Anexo I da Lei Complementar Municipal nº 65, de 1º de outubro de 2019, art. 1º da Lei Complementar Municipal nº 66, de 31 de outubro de 2019, e art. 2º da Lei Complementar Municipal nº 88, de 25 de outubro de 2023.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA

Aos vinte e sete dias do mês de março de 2024.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR

PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

REGISTRADA. Publicada e arquivada em livro próprio, na data supra.

LUAN SOARES DA SILVA

CHEFE DE GABINETE

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://igarapava.sp.gov.br/verificar-assinatura-digital/

ANEXO I

QUADRO DE PESSOAL POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE – CARGOS EFETIVOS E EMPREGOS PÚBLICOS EM 29/02/2024
(Com exceção do Quadro do Magistério)

NÍVEL FUNDAMENTAL						
CARGO	**REQUISITO COMPLEMENTAR**	**SITUAÇÃO ATUAL (Referência Salarial)**	**SITUAÇÃO NOVA (Referência Salarial)**	**CARGA HORÁRIA SEMANAL**	**QUANTIDADE DE CARGOS PROVIDOS**	**QUANTIDADE DE CARGOS VAGOS**
Ajudante de Manutenção		T1.2	A	40 horas	09	06
Ajudante de Serviços Diversos		T1.1	A	40 horas	103	08
Ajudante de Serviços Diversos – CLT		T1.1	A	44 horas	01	01
Cozinheiro	Experiência de no mínimo 06 (seis) meses como Cozinheiro	T1.3	A	40 horas	02	01
Encanador	Curso de Instalações Hidráulicas	T1.4	B	40 horas	-	03
Encarregado de Turma		T1.4	A	40 horas	01	03
Jardineiro		T1.3	A	40 horas	01	02
Pedreiro		T1.5	B	40 horas	07	18
Servente		T1.1	A	40 horas	30	50
Servente – CLT		T1.1	A	40 horas	01	01

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

NÍVEL MÉDIO/TÉCNICO						
CARGO	**REQUISITO COMPLEMENTAR**	**SITUAÇÃO ATUAL (Referência Salarial)**	**SITUAÇÃO NOVA (Referência Salarial)**	**CARGA HORÁRIA SEMANAL**	**QUANTIDADE DE CARGOS PROVIDOS**	**QUANTIDADE DE CARGOS VAGOS**
Agente Comunitário		T2.8	F	40 horas	05	05
Agente Comunitário – ESF - CLT		T2.8	F	40 horas	25	66
Agente de Campo		T2.8	F	40 horas	19	02
Agente de Habitação		T2.12	J	30 horas	-	01
Agente de Saneamento		T2.6	E	40 horas	01	01
Agente do IEC (Informação Educacional e Infantil)	Curso Técnico em Informática	T2.8	F	40 horas	01	01
Assistente de Departamento	Curso Técnico em Informática	T2.12	J	30 horas	01	02
Atendente de Farmácia	Curso Técnico em Farmácia	T2.3	C	40 horas	01	01
Atendente de Laboratório	Curso Técnico em Análise Clínica	T2.3	C	40 horas	-	01
Auxiliar Administrativo		T2.3	C	40 horas	47	50
Auxiliar Administrativo - CLT		T2.3	C	40 horas	02	-
Auxiliar de Cirurgião Dentista – ESF	Curso Técnico em Saúde Bucal ou de Auxiliar de Consultório Dentário	T2.1	A	40 horas	2	1
Auxiliar de Consultório Dentário	Curso Técnico em Saúde Bucal ou de Auxiliar de Consultório Dentário	T2.2	A	30 horas	10	02
Auxiliar de Cuidados Diários		T2.3	C	40 horas	16	24

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

Auxiliar de Educador Cuidador Institucional		T1.1	C	40 horas	-	05
Auxiliar de Enfermagem	Curso de Auxiliar de Enfermagem e registro no COREN/SP	T2.4	B	40 horas	05	15
Auxiliar de Enfermagem - CLT	Curso de Auxiliar de Enfermagem e registro no COREN/SP	T2.4	B	40 horas	-	03
Educador Cuidador Institucional	Curso de Educador Social	T2.3	D	40 horas	-	02
Eletricista	Curso Técnico em Elétrica	T1.4	B	40 horas	01	02
Encarregado de Merenda Escolar		T2.7	E	40 horas	01	-
Encarregado de Cadastro – CLT		T2.12	J	30 horas	01	-
Encarregado de Divisão de Trânsito	Curso Técnico em Logística	T2.14	L	40 horas	01	-
Encarregado de Transporte Municipal	Curso Técnico em Logística	T2.7	E	40 horas	-	01
Facilitador de Oficina		T2.3	C	40 horas	-	02
Fiscal de Comércio		T2.5	E	40 horas	-	01
Inspetor de Alunos		T2.2	B	40 horas	26	12
Mecânico	Curso Técnico de Mecânica	T1.7	E	40 horas	-	02
Mestre de Obras	Curso Técnico em Edificação	T1.9	I	40 horas	-	01
Motorista	CNH letra “D”	T1.6	E	40 horas	41	21
Motorista – CLT	CNH letra “D”	T1.6	E	40 horas	01	-
Oficial Administrativo		T2.6	E	30 horas	29	1
Oficial Administrativo – CLT		T2.6	E	30 horas	01	01
Operador de Água – CLT		T1.1	A	44 horas	-	01
Operador de Estrada – CLT		T1.1	A	44 horas	01	-
Operador de Máquina	CNH letra “D”	T1.6	E	40 horas	01	05

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

Operador de Máquina – CLT	CNH letra “D”	T1.6	E	44 horas	01	-
Orientador Social		T2.6	E	40 horas	-	02
Pintor		T1.5	B	40 horas	05	01
Recepcionista	Curso de Recepcionista	T2.3	C	40 horas	-	09
Supervisor de Equipe		T2.8	F	40 horas	02	01
Supervisor de Obras	Curso Técnico em Edificação	T1.8	F	40 horas	01	02
Técnico Agrícola	Curso Técnico em Agricultura ou Agropecuária	T2.5	E	40 horas	01	-
Técnico de Laboratório	Curso Técnico em Laboratório	T2.9	H	40 horas	01	-
Técnico de Enfermagem	Curso Técnico em Enfermagem e registro no COREN/SP	T2.7	C.1	30 horas	01	15
Técnico de Enfermagem 8 HS	Curso Técnico em Enfermagem e registro no COREN/SP	T2.8.1	G	40 horas	19	06
Técnico em Segurança do Trabalho	Curso Técnico em Segurança do Trabalho	T2.7	G	40 horas	-	05
Telefonista	Curso de Telefonista	T2.5	D	30 horas	01	02
Tesoureiro - CLT		T2.10	J	30 horas	01	-
Vigia	Curso de Vigia	T1.3	A	40 horas	13	23
Visitador Sanitário		T2.8	F	40 horas	04	-

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://verificador.iti.gov.br e utilize o código 3E0A-C3D0-6904-10EA

NÍVEL SUPERIOR						
CARGO	**REQUISITO COMPLEMENTAR**	**SITUAÇÃO ATUAL (Referência Salarial)**	**SITUAÇÃO NOVA (Referência Salarial)**	**CARGA HORÁRIA SEMANAL**	**QUANTIDADE DE CARGOS PROVIDOS**	**QUANTIDADE DE CARGOS VAGOS**
Arquiteto	Curso Superior em Arquitetura e registro no CREA/SP	T2.12	J	30 horas	01	-
Assistente Social	Curso Superior em Serviço Social e registro no CRESS/SP	T2.10	J	30 horas	04	12
Auditor Fiscal da Receita Municipal	Curso Superior em Ciências Contábeis ou Direito ou Administração ou Finanças	T2.10	K	40 horas	02	-
Bibliotecário	Curso Superior em Biblioteconomia e registro no CRB/SP	T2.10	J	30 horas	01	-
Biomédico	Curso Superior em Biomedicina e registro no CRBM/SP	T2.10	J	30 horas	-	02
Cirurgião Dentista (4 hrs)	Curso Superior em Odontologia e registro no CRO/SP	T2.10	J	20 horas	09	11
Cirurgião Dentista – CLT (4 hrs)	Curso Superior em Odontologia e registro no CRO/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Cirurgião Dentista Especialista Em Cirurgia Traumatologia Bucomaxilofacial	Curso Superior em Odontologia e Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e registro no CRO/SP	T2.10	J	20 horas	-	02

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

Cirurgião Dentista Especialista Em Cirurgia Traumatologia Bucomaxilofacial - CLT	Curso Superior em Odontologia e Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e registro no CRO/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Cirurgião-Dentista Especialista Em Implante	Curso Superior em Odontologia e Especialização em Implantodontia e registro no CRO/SP	T2.10	J	20 horas	01	-
Cirurgião-Dentista Especialista Endodontia	Curso Superior em Odontologia e Especialização em Endodontia e registro no CRO/SP	T2.10	J	20 horas	01	-
Cirurgião-Dentista Especialista Ortodontia	Curso Superior em Odontologia e Especialização em Ortodontia e registro no CRO/SP	T2.10	J	20 horas	-	02
Cirurgião-Dentista Especialista Periodontia - CLT	Curso Superior em Odontologia e Especialização em Periodontia e registro no CRO/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Cirurgião Dentista PSF	Curso Superior em Odontologia e registro no CRO/SP	T2.14	M.1	40 horas	06	02
Contador	Curso Superior em Ciências Contábeis e registro no CRC/SP	T2.10	J	30 horas	01	01
Controlador Interno	Curso Superior em Direito ou Economia ou Ciências Contábeis ou Administração; Experiência	T2.13	N	30 horas	-	01

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://verificador.iti.gov.br e utilize o código 3E04-10EA-C3D3-6D90

	comprovada no Setor Público de, no mínimo, 1 (um) ano					
Coordenador de Serviços	Curso Superior em Administração	T2.10	J	40 horas	01	03
Coordenador do CRAS	Curso Superior em Serviço Social com registro no Registro no CRESS/SP	T2.10	J	40 horas	-	01
Coordenador do Serviço de Acolhimento Institucional	Curso Superior em Serviço Social com registro no CRESS/SP, ou Curso Superior em Psicologia com registro no CRP/SP	T2.10	J	40 horas	-	01
Educador Ambiental	Curso Superior em Tecnologia de Gestão Ambiental	T2.10	J	40 horas	-	01
Educador de Saúde Pública	Curso Superior em Enfermagem e registro no COREN/SP	T2.14	L	30 horas	01	-
Enfermeiro	Curso Superior em Enfermagem e registro no COREN/SP	T2.10	I	30 horas	06	01
Enfermeiro PSF	Curso Superior em Enfermagem e registro no COREN/SP	T2.13	K.1	40 horas	07	01
Engenheiro Agrônomo	Curso Superior em Engenharia Agronômica e registro no CREA/SP	T2.10	J	30 horas	01	-
Engenheiro Ambiental	Curso Superior em e registro no CREA/SP	T2.10	J	30 horas	-	01
Engenheiro Civil	Curso Superior em Engenharia Civil e registro no CREA/SP	T2.12	J	30 horas	02	01

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://www.iti.gov.br
ICP Brasil

Farmacêutico	Curso Superior em Farmácia e registro no CRF/SP	T2.10	J	30 horas	01	02
Fiscal de Meio Ambiente	Curso Superior de Tecnologia em Gestão Ambiental	T2.10	J	40 horas	-	05
Fisioterapeuta	Curso Superior em Fisioterapia e registro no CREFITO/SP	T2.10	J	30 horas	09	-
Fonoaudiólogo	Curso Superior em Fonoaudiologia e registro no CRFO/SP	T2.10	J	30 horas	03	04
Jornalista	Curso Superior em Jornalismo ou Comunicação Social	T2.10	J	30 horas	-	01
Médico PSF – CLT	Curso Superior em Medicina e registro no CRM/SP	T2.18	O	40 horas	01	07
Médico (4 hrs)	Curso Superior em Medicina e Registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	02	09
Médico Cardiologista	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Cardiologia e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	03
Médico Cirurgião Vascular	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Medicina Vascular e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Médico Clínico Geral	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Clínica Médica e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	04

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://verificador.iti.gov.br e utilize o código 090C3552-6D01-4410-EA

Médico Dermatologia	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Dermatologia e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Médico do Trabalho	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Medicina do Trabalho e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Médico Endocrinologista	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Endocrinologia e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Médico Gastroenterologista	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Gastroenterologia e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Médico Ginecologista/Obstetra	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	03
Médico Neurologista	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Neurologia e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	02
Médico Oftalmologista	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Oftalmologia e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	02
Médico Ortopedista	Curso Superior em Medicina com	T2.10	J	20 horas	-	03

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link "Validar documento digital" e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://verificador.iti.gov.br e utilize o código 2EA1-4D90-CD35-6D19

	Residência Médica em Ortopedia e registro no CRM/SP					
Médico Otorrinolaringologista	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Otorrinolaringologia e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Médico Pediatra	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Pediatria e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	04
Médico Psiquiatra	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Psiquiatria e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	03
Médico Reumatologista	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Radiologia e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Médico Ultrassonografista	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Ultrassonografia e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Médico Urologista	Curso Superior em Medicina com Residência Médica em Urologia e registro no CRM/SP	T2.10	J	20 horas	-	01
Médico Veterinário	Curso Superior em Medicina Veterinária e registro no CRMV/SP	T2.10	J	30 horas	02	-

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5EEU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://verificador.iti.gov.br
ICP Brasil

Nutricionista	Curso Superior em Nutrição e registro no CRN/SP	T2.10	J	30 horas	04	01
Procurador Municipal	Curso Superior em Direito e registro na OAB/SP	T2.13	M	20 horas	05	-
Psicólogo	Curso Superior em Psicologia e registro no CRP/SP	T2.10	J	30 horas	15	-
Sociólogo	Curso Superior em Ciências Sociais, Sociologia ou Sociologia e Política	T2.10	J	40 horas	-	01
Terapeuta Ocupacional	Curso Superior em Terapia Ocupacional e Registro no CREFITO/SP	T2.10	J	30 horas	02	-

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://verificador.iti.gov.br e utilize o código 0E4-10EA-C0D0-C3E5-6019

ANEXO II
NOVA TABELA DE VENCIMENTOS ATUALIZADA - CARGOS EFETIVOS E EMPREGOS PÚBLICOS
(Com exceção do Quadro do magistério)

DENOMINAÇÃO DO CARGO PÚBLICO / EMPREGO PÚBLICO	REF. SAL. ANTIGA	REF. SAL. NOVA	NOVO VALOR (R$) - ANO 2.024
AGENTE COMUNITÁRIO	T2.8	F	R$ 2.824,00
AGENTE COMUNITÁRIO - ESF	T2.8	F	R$ 2.824,00
AGENTE DE CAMPO	T2.8	F	R$ 2.824,00
AGENTE DE HABITAÇÃO	T2.12	J	R$ 4.750,00
AGENTE DE SANEAMENTO	T2.6	E	R$ 2.494,50
AGENTE DO IEC (INFORMAÇÃO EDUCACIONAL E COMUNICAÇÃO)	T2.8	F	R$ 2.824,00
AJUDANTE DE MANUTENÇÃO	T1.2	A	R$ 1.980,00
AJUDANTE SERV. DIVERSOS	T1.1	A	R$ 1.980,00
AJUDANTE SERV. DIVERSOS - CLT	T1.1	A	R$ 1.980,00
ARQUITETO	T2.12	J	R$ 4.750,00
ASSISTENTE DE DEPARTAMENTO	T2.12	J	R$ 4.750,00
ASSISTENTE SOCIAL	T2.10	J	R$ 4.750,00
ATENDENTE DE FARMÁCIA	T2.3	C	R$ 2.117,97
ATENDENTE DE LABORATÓRIO	T2.3	C	R$ 2.117,97
AUDITOR FISCAL DA RECEITA MUNICIPAL	T2.10	K	R$ 5.261,65
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	T2.3	C	R$ 2.117,97
AUXILIAR ADMINISTRATIVO - CLT	T2.3	C	R$ 2.117,97
AUXILIAR DE CIRURGIÃO DENTISTA - ESF	T2.1	A	R$ 1.980,00
AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	T2.2	A	R$ 1.980,00
AUXILIAR DE CUIDADOS DIÁRIOS	T2.3	C	R$ 2.117,97
AUXILIAR DE EDUCADOR CUIDADOR INSTITUCIONAL	T1.1	C	R$ 2.117,97
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	T2.4	B	R$ 2.032,50
AUXILIAR DE ENFERMAGEM - CLT	T2.4	B	R$ 2.032,50
BIBLIOTECÁRIO	T2.10	J	R$ 4.750,00
BIOMÉDICO	T2.10	J	R$ 4.750,00
CIRURGIÃO DENTISTA (4 HRS)	T2.10	J	R$ 4.750,00
CIRURGIÃO DENTISTA (4 HRS) - CLT	T2.10	J	R$ 4.750,00
CIRURGIÃO DENTISTA ESPECIALISTA EM CIRURGIA TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL	T2.10	J	R$ 4.750,00
CIRURGIÃO DENTISTA ESPECIALISTA EM CIRURGIA TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL - CLT	T2.10	J	R$ 4.750,00
CIRURGIÃO - DENTISTA ESPECIALISTA EM IMPLANTE	T2.10	J	R$ 4.750,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas, acesse https://www.gov.br/validar/pt-br e informe o código: 10EA-4D90-CC53-6D90

CIRURGIÃO - DENTISTA ESPECIALISTA ENDODONTIA	T2.10	J	R$ 4.750,00
CIRURGIÃO - DENTISTA ESPECIALISTA ORTODONTIA	T2.10	J	R$ 4.750,00
CIRURGIÃO - DENTISTA ESPECIALISTA PERIODONTIA	T2.10	J	R$ 4.750,00
CIRURGIÃO DENTISTA PSF	T2.14	M.1	R$ 7.771,35
CONTADOR	T2.10	J	R$ 4.750,00
CONTROLADOR INTERNO	T2.13	N	R$ 8.706,81
COORDENADOR DE SERVIÇOS	T2.10	J	R$ 4.750,00
COORDENADOR DO CRÁS	T2.10	J	R$ 4.750,00
COORDENADOR DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	T2.10	J	R$ 4.750,00
COZINHEIRO	T1.3	A	R$ 1.980,00
EDUCADOR AMBIENTAL	T2.10	J	R$ 4.750,00
EDUCADOR CUIDADOR INSTITUCIONAL	T2.3	D	R$ 2.267,04
EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA	T2.14	L	R$ 6.664,25
ELETRICISTA	T1.4	B	R$ 2.032,50
ENCANADOR	T1.4	B	R$ 2.032,50
ENCARREGADO DA MERENDA ESCOLAR	T2.7	E	R$ 2.494,50
ENCARREGADO DE CADASTRO - CLT	T2.12	J	R$ 4.750,00
ENCARREGADO DE TURMA	T1.4	A	R$ 1.980,00
ENCARREGADO DIVISÃO DE TRÂNSITO	T2.14	L	R$ 6.664,25
ENCARREGADO TRANSPORTE MUNICIPAL	T2.7	E	R$ 2.494,50
ENFERMEIRO	T2.10	I	R$ 4.318,18
ENFERMEIRO PSF	T2.13	K.1	R$ 5.513,11
ENGENHEIRO AGRÔNOMO	T2.10	J	R$ 4.750,00
ENGENHEIRO AMBIENTAL	T2.10	J	R$ 4.750,00
ENGENHEIRO CIVIL	T2.12	J	R$ 4.750,00
FACILITADOR DE OFICINA	T2.3	C	R$ 2.117,97
FARMACÊUTICO	T2.10	J	R$ 4.750,00
FISCAL DE COMÉRCIO	T2.5	E	R$ 2.494,50
FISCAL DE MEIO AMBIENTE	T2.10	J	R$ 4.750,00
FISIOTERAPEUTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
FONOAUDIÓLOGO	T2.10	J	R$ 4.750,00
INSPETOR DE ALUNOS	T2.2	B	R$ 2.032,50
JARDINEIRO	T1.3	A	R$ 1.980,00
JORNALISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MECÂNICO	T1.7	E	R$ 2.494,50
MÉDICO - ESF	T2.18	O	R$ 15.000,00
MÉDICO (4 HRS)	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO CARDIOLOGISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/assinatura e informe o código: VAE0-1A4-C0D3-C090-4-10EA

MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO CLÍNICO GERAL	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO DERMATOLOGIA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO DO TRABALHO	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO GINECOLOGISTA/OBSTETRA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO NEUROLOGISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO OFTALMOLOGISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO ORTOPEDISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO PEDIATRA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO PSIQUIATRA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO REUMATOLOGISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO UROLOGISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
MÉDICO VETERINÁRIO	T2.10	J	R$ 4.750,00
MESTRE DE OBRAS	T1.9	I	R$ 4.318,18
MOTORISTA	T1.6	E	R$ 2.494,50
MOTORISTA - CLT	T1.6	E	R$ 2.494,50
NUTRICIONISTA	T2.10	J	R$ 4.750,00
OFICIAL ADMINISTRATIVO	T2.6	E	R$ 2.494,50
OFICIAL ADMINISTRATIVO - CLT	T2.6	E	R$ 2.494,50
OPERADOR DE ÁGUA - CLT	T1.1	A	R$ 1.980,00
OPERADOR DE ESTRADA - CLT	T1.1	A	R$ 1.980,00
OPERADOR DE MÁQUINA	T1.6	E	R$ 2.494,50
OPERADOR DE MÁQUINA - CLT	T1.6	E	R$ 2.494,50
ORIENTADOR SOCIAL	T2.6	E	R$ 2.494,50
PEDREIRO	T1.5	B	R$ 2.032,50
PINTOR	T1.5	B	R$ 2.032,50
PROCURADOR MUNICIPAL	T2.13	M	R$ 7.578,68
PSICÓLOGO	T2.10	J	R$ 4.750,00
RECEPCIONISTA	T2.3	C	R$ 2.117,97
SERVENTE	T1.1	A	R$ 1.980,00
SERVENTE - CLT	T1.1	A	R$ 1.980,00
SOCIÓLOGO	T2.10	J	R$ 4.750,00
SUPERVISOR DE EQUIPE	T2.8	F	R$ 2.824,00
SUPERVISOR DE OBRAS	T1.8	F	R$ 2.824,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://verificador.iti.gov.br e utilize o código 3553-0190-C0D3-10EA

TÉCNICO AGRÍCOLA	T2.5	E	R$ 2.494,50
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	T2.9	H	R$ 3.603,57
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	T2.7	C.1	R$ 2.267,04
TÉCNICO EM ENFERMAGEM 8 HS	T2.8.1	G	R$ 3.160,31
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	T2.7	G	R$ 3.160,31
TELEFONISTA	T2.5	D	R$ 2.267,04
TERAPEUTA OCUPACIONAL	T2.10	J	R$ 4.750,00
TESOUREIRO - CLT	T2.10	J	R$ 4.750,00
VIGIA	T1.3	A	R$ 1.980,00
VISITADOR SANITÁRIO	T2.8	F	R$ 2.824,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://verificador.iti.gov.br e utilize o código 3553-0190-DDDC-C060-4104-10EA

ANEXO III

TABELA DE REFERÊNCIA DE VENCIMENTOS - CARGOS EFETIVOS E EMPREGOS PÚBLICOS - 2024

REFERÊNCIA	VALORES
A	R$ 1.980,00
B	R$ 2.032,50
C	R$ 2.117,97
C.1	R$ 2.369,60
D	R$ 2.267,04
E	R$ 2.494,50
F	R$ 2.824,00
G	R$ 3.160,31
H	R$ 3.603,57
I	R$ 4.318,18
J	R$ 4.750,00
K	R$ 5.261,65
K.1	R$ 5.513,11
L	R$ 6.664,25
M	R$ 7.578,68
M.1	R$ 7.771,35
N	R$ 8.706,81
O	R$ 15.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://ingresso1.dpp.com.br/verificador e informe o código verificador: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

ANEXO IV

ATRIBUIÇÕES DOS CARGOS EFETIVOS E EMPREGOS PÚBLICOS

(Com exceção do Quadro do Magistério)

CARGO/EMPREGO	DESCRIÇÃO SINTÉTICA	ATRIBUIÇÕES TÍPICAS
AGENTE COMUNITÁRIO	Responsável pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal, dentre outras atividades correlatas.	Desenvolver atividades voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. Em sua área geográfica de atuação: a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural; o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde; a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional. A realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento: da gestante, no pré-natal, no parto e no puerpério; da lactante, nos seis meses seguintes ao parto; da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura; do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde, em conformidade com o previsto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos e motivando sua participação em atividades

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		físicas e coletivas; da pessoa em sofrimento psíquico; da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas; da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal; dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças; da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças. Realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento: de situações de risco à família; de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde; do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação. O acompanhamento de condicionalidades de programas sociais, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras). Responder à chefia imediata dentro de suas atribuições, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
AGENTE COMUNITÁRIO - ESF	Responsável pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS, dentre outras atividades correlatas.	No âmbito do Programa Estratégia Saúde da Família, desenvolver atividades voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. Em sua área geográfica de atuação: a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural; o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde; a mobilização

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://www.tce.sp.gov.br/validar-documento-digital e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional. A realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento: da gestante, no pré-natal, no parto e no puerpério; da lactante, nos seis meses seguintes ao parto; da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura; do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde, em conformidade com o previsto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos e motivando sua participação em atividades físicas e coletivas; da pessoa em sofrimento psíquico; da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas; da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal; dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças; da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças. Realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento: de situações de risco à família; de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde; do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação. O acompanhamento de condicionalidades de programas sociais, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras). Responder à chefia imediata dentro de suas atribuições, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
AGENTE DE CAMPO	Responsável pelo exercício de atividades de fiscalização para fins de prevenção e combate a	Apoiar as atividades de fiscalização para fins de prevenção e combate a endemias; promover prevenção de doenças e da saúde pública, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	endemias, inclusive execução de atividades de apoio à administração pública no poder de polícia, dentre outras atividades correlatas.	comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal; Elaborar relatórios diversos, visando subsidiar, disponibilizar e encaminhar informações e outros dados inerentes à sua área de atuação ao superior imediato, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
AGENTE DE HABITAÇÃO	Responsável por atuar no atendimento da justa distribuição de casas populares, através de Programas Habitacionais do Governo Federal e Estadual, visando diminuir o déficit habitacional no município. Além de atuar na mediação entre os mutuários e a COHAB e a CDHU, dentre outras atividades correlatas.	Atender ao público; Atender a mutuários da CDHU e COHAB; Inscrições de Casas Populares, através de Programas Habitacionais do Governo Federal e Estadual; Atuar em processos administrativos que visem à distribuição de Casas populares; Orientar as famílias mutuarias no tocante à regularização de documentos e contratos; Participar da gestão de projetos e programas de distribuição de casas populares, visando diminuir o déficit habitacional no Município; Participar da execução da política municipal de habitação; Elaborar relatórios diversos, visando subsidiar, disponibilizar e encaminhar informações e outros dados inerentes à sua área de atuação ao superior imediato, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
AGENTE DE SANEAMENTO	Responsável pelo exercício de atividades de apoio em vigilância sanitária, promovendo prevenção e combate a endemias, dentre outras atividades correlatas.	Orientar e fiscalizar as atividades e obras para prevenção e preservação em consonância com a legislação sanitária e em vigilância sanitária, por meio de vistorias, inspeções e análises técnicas de locais, atividades, obras, projetos e processos, visando o cumprimento da legislação ambiental e sanitária; Promover educação sanitária e ambiental; Auxiliar técnicos da vigilância sanitária em inspeções sanitárias; realizar relatórios; Atuar no campo de qualidade do abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos, drenagem urbana, melhorias sanitárias domiciliares e outros inerentes à vigilância sanitária, auxílio em projetos hidráulicos e sanitários; colaborar

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		com estudos, além de transporte e coleta de materiais, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
AGENTE DO IEC (INFORMAÇÃO EDUCACIONAL E COMUNICAÇÃO)	Responsável pelo exercício de atividades de promoção de ações educativas junto à comunidade quanto ao controle vetores, dentre outras atividades correlatas.	Promover e implementar ações educativas junto à comunidade, quanto ao controle de vetores; acompanhar os agentes de controle de vetores, em lugar com alto índice de risco para a população, estimular a participação da população, organizar e ministrar palestras educativas, campanhas de vacinas; Propor ações e programas educativos, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS; Elaborar relatórios diversos, visando subsidiar, disponibilizar e encaminhar informações e outros dados inerentes à sua área de atuação ao superior imediato, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
AJUDANTE DE MANUTENÇÃO	Responsável pelo exercício de atividades de planejamento e de execução de serviços de manutenção corretiva e preventiva do patrimônio público municipal, dentre outras atividades correlatas.	Executar serviços de limpeza, manuseio, manutenção e conservação de instalações físicas, móveis, equipamentos e materiais; Executar atividades de carga, descarga e transporte de materiais, equipamentos e móveis; Organizar e zelar pelo bom uso dos equipamentos e materiais de limpeza; Realizar atividades auxiliares de manutenção e conservação nas instalações e prédios públicos e equipamentos públicos urbanísticos e comunitários no Município; Conhecer, cumprir e fazer cumprir as disposições legais, bem como as ordens de serviços, despachos e determinações superiores, compatíveis com suas atribuições; Planejar a execução de serviços relacionados à atividade, realizar relatórios e levantamentos sobre a condição física e de uso dos equipamentos, máquinas, instalações e ferramentas, para apreciação superior, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
AJUDANTE DE SERVIÇOS DIVERSOS	Responsável por auxiliar na manutenção da conservação de instalações físicas, móveis,	Executar tarefas de zeladoria, limpeza em geral; varrer espanar, lavar, encerar e lustrar as dependências, móveis, utensílios e instalações diversas, mantendo-lhes as condições de higiene e conservação; preparar café e chá,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

	equipamentos e materiais, dentre outras atividades correlatas.	servindo-os quando solicitado; zelar pela conservação de cantinas, copas, cozinhas e afins; zelar pelo material de uso diário e permanente, tendo o cuidado de não desperdiçar materiais e utensílios diversos; zelar pela boa prestação de serviços públicos, inclusive no bom atendimento e esclarecimento aos cidadãos, de assuntos de seu conhecimento; Fazer a limpeza de ruas, parques, bosques, jardins e outros logradouros públicos, fazendo a coleta do material; executar outras tarefas como escavar valas e fechar valas e fossas; retirar e limpar materiais usados de obras de demolição; transportar materiais empregando se necessário, carrinho de mão; espalhar com pá, cascalho e outros materiais; Fazer carga e descargas de mercadorias, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
AJUDANTE DE SERVIÇOS DIVERSOS – CLT	Responsável por auxiliar na manutenção da conservação de instalações físicas, móveis, equipamentos e materiais, dentre outras atividades correlatas.	Executar tarefas de zeladoria, limpeza em geral; varrer espanar, lavar, encerar e lustrar as dependências, móveis, utensílios e instalações diversas, mantendo-lhes as condições de higiene e conservação; preparar café e chá, servindo-os quando solicitado; zelar pela conservação de cantinas, copas, cozinhas e afins; zelar pelo material de uso diário e permanente, tendo o cuidado de não desperdiçar materiais e utensílios diversos; zelar pela boa prestação de serviços públicos, inclusive no bom atendimento e esclarecimento aos cidadãos, de assuntos de seu conhecimento; Fazer a limpeza de ruas, parques, bosques, jardins e outros logradouros públicos, fazendo a coleta do material; executar outras tarefas como escavar valas e fechar valas e fossas; retirar e limpar materiais usados de obras de demolição; transportar materiais empregando se necessário, carrinho de mão; espalhar com pá, cascalho e outros materiais; Fazer carga e descargas de mercadorias, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
ARQUITETO	Responsável pela execução de trabalhos que requerem constante esforço mental e visual, e se	Exercer atividades privativas de Arquiteto, respeitada a legislação que regulamenta a profissão; emitir parecer técnico e apresentar relatórios de trabalho; realizar pesquisas, estudos, análises, planejamento, implantação,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://etcesp.tce.sp.gov.br/autenticar e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

	destinam a elaboração e execução de projetos arquitetônicos de edifícios, interiores, monumentos e outras obras no âmbito municipal, estudando características e preparando programas e métodos de trabalho e especificando os recursos necessários para permitir a construção, montagem e manutenção, dentre outras atividades correlatas.	supervisão, coordenação e controle de trabalhos; elaborar projetos e planos e implementar sua execução; elaborar planos e projetos associados à arquitetura em geral, em todas as suas etapas, definindo acabamentos, técnicas, metodologias; determinando e calculando a necessidade de materiais e mão de obra com seus respectivos custos, através da aplicação de normas e regulamentos vigentes, mediante análise de dados e informações; elaborar plantas, mapas, memoriais descritivos, maquetes; desenvolver estudos de viabilidade financeira, econômica, ambiental; fiscalizar e orientar a execução de obras e serviços, realizando perícias, vistorias e avaliações; prestar serviços de consultoria e assessoramento aos órgãos internos, emitindo laudos e pareceres; estabelecer políticas de gestão, diretrizes de legislação ambiental e urbanística e para preservação do patrimônio natural e cultural; atuar na área de conservação e restauração do patrimônio histórico, artístico e cultural e ainda nas áreas de: Paisagismo: Elaborar, executar e dirigir projetos paisagísticos, analisando as condições e disposição dos terrenos destinados a parques e outras zonas de lazer, visando ao planejamento paisagístico, levando em conta o equilíbrio ecológico do meio ambiente, bem como projetos referentes à ornamentação e outros trabalhos de embelezamento do local; exercer outras atividades correlatas. Urbanismo: Elaborar, executar e dirigir projetos de urbanização, planejando, orientando e controlando a ocupação de áreas urbanas, para possibilitar a criação e o desenvolvimento ordenado de zonas industriais, urbanas e rurais; promover estudos do sistema viário e traçado de vias de circulação urbana, rural e rodoviária; colaborar na elaboração do Plano Diretor e Legislação Urbanística, promovendo sua aplicação, divulgação e atualização, fazendo análise de parcelamento do solo e urbanização de áreas, em conformidade com a legislação vigente; realizar e manter cadastro técnico das informações físico territoriais, para compor o geoprocessamento do Município; Promover a regularização dos loteamentos clandestinos e irregulares, dentre outras atividades correlatas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/assinatura e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

ASSISTENTE DE DEPARTAMENTO	Responsável pela realização de apoio às atividades realizadas nos diversos Departamentos Municipais.	Realizar tarefas diversas no sentido de dar apoio aos Departamentos Municipais. Elaborar e conferir quadros, relatórios estatísticos, planilhas e documentos. Arquivar documentos e organizar pastas dos arquivos, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
ASSISTENTE SOCIAL	Responsável pela prestação de serviços sociais orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação), serviços e recursos sociais e programas de educação; planejar, coordenar e avaliar planos, programas e projetos sociais em diferentes áreas de atuação profissional (seguridade, educação, trabalho, jurídica, habitação e outras); desempenho de tarefas administrativas e articular recursos financeiros disponíveis. Assessoramento nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, dentre outras atividades correlatas.	Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; Auxiliar a Administração Pública, com relação às matérias relacionadas às suas atribuições; Promover, nos limites deontológicos da profissão, direitos civis, políticos e sociais da coletividade; Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais; Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; observar as normas do Código de Ética do Serviço Social, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
ATENDENTE DE FARMÁCIA	Responsável pela realização de atendimento pessoal na Farmácia Municipal, orientar a população	Interpretar prescrições e receitas médicas; Manter as prateleiras organizadas e limpas; Auxiliar na reposição de medicamento e produtos; Auxiliar no controle de validade; Auxiliar na organização do estoque; Controlar entrada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	nas atividades referentes à área de farmácia, dentre outras atividades correlatas.	e saída de medicamentos; Atendimento e orientação ao público, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
ATENDENTE DE LABORATÓRIO	Responsável pela realização de atendimento ao público, orientar a população nas atividades referentes à área de laboratório, dentre outras atividades correlatas.	Atender ao público, bem como auxiliar na coleta e na execução de ensaios de laboratório; Lavar e preparar materiais, vidrarias, ampolas e frascos, preparo de soluções; Planejar o trabalho de apoio do laboratório e preparar vidrarias e materiais similares. Interpretar ordens de serviço programadas, programar o suprimento de materiais, as etapas de trabalho, equipamentos e instrumentos; selecionar métodos de análise; efetuar cálculos conforme indicações do método de análise; preencher fichas e formulários. Preparar soluções e equipamentos de medição e ensaios e analisar amostras de insumos e matérias-primas. Proceder à coleta do material, empregando os meios e os instrumentos recomendados; executar exames e outros trabalhos de natureza simples, que não exigem interpretação técnica dos resultados; auxiliar nas análises e testes laboratoriais; registrar e arquivar cópias dos resultados dos exames, testes e análises; zelar pela assepsia, conservação e recolhimento do material utilizado. Organizar o trabalho conforme normas de segurança, saúde ocupacional e preservação ambiental. Manutenção da área limpa, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
AUDITOR FISCAL DA RECEITA MUNICIPAL	Planeja, controla e desenvolve atividades relativas à fiscalização e execução da legislação municipal no tocante à arrecadação de impostos e taxas de competência do Município e repasses dos tributos estaduais e federais, dentre outras atividades correlatas.	No exercício da competência da Administração Tributária Municipal e em caráter exclusivo: constituir, mediante lançamento, o crédito tributário, proceder à sua revisão de ofício, homologar, aplicar as penalidades previstas na legislação e proceder à revisão das declarações efetuadas pelo sujeito passivo; elaborar e proferir decisões ou delas participar em processo administrativo fiscal, bem como em processos de consulta, restituição ou compensação de tributos e contribuições e de reconhecimento de benefícios fiscais; executar procedimentos de fiscalização, praticando os atos definidos na legislação específica; emitir sugestões para o aperfeiçoamento da legislação tributária municipal e para o aprimoramento ou implantação de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		novas rotinas e procedimentos; examinar a contabilidade de sociedades empresariais, empresários, órgãos, entidades, fundos e demais contribuintes, não se lhes aplicando as restrições previstas nos arts. 1.190 a 1.192 do Código Civil e observado o disposto no art. 1.193 do mesmo diploma legal; proceder a orientação do sujeito passivo no tocante à interpretação da legislação tributária, por intermédio de atos normativos, soluções de consulta e plantões fiscais; Em caráter geral, exercer as demais atividades inerentes a Administração Tributária em função de sua responsabilidade e da competência: de estudo e aperfeiçoamento de procedimentos de auditoria, diligência, perícia e fiscalização; autorizar o compartilhamento de cadastros e informações fiscais com as demais Administrações Tributárias da União, dos Estados e outros Municípios, mediante lei ou convênio; da supervisão no credenciamento de usuários de sistemas tributários informatizados; de especificação de parâmetros de tratamento de informação, com vistas às atividades de lançamento, arrecadação, cobrança administrativa e controle de tributos e contribuições; das atividades de repressão à sonegação fiscal, ocultação de bens, direitos e valores, observada a competência específica de outros órgãos; na desconsideração de atos ou negócios jurídicos praticados com a finalidade de dissimular a ocorrência do fato gerador do tributo ou a natureza dos elementos constitutivos da obrigação tributária; de análise, elaboração e deliberação, em processos administrativo fiscais, nas respectivas esferas de competência, inclusive os relativos ao reconhecimento de direito creditório, à solicitação de retificação de declaração, à imunidade, a quaisquer formas de suspensão, exclusão e extinção de créditos tributários previstos na Lei Federal nº 5.172, de 25 de outubro de 1966, à restituição, ao ressarcimento e à redução de tributos e contribuições, bem como participar de órgãos de julgamento singulares ou colegiados relacionados à Administração Tributária; de estudo, pesquisa e emissão de pareceres de caráter tributário, inclusive em relação a Planta Genérica de Valores (PGV) e demais atualizações tributárias; na elaboração das minutas de atos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e utilize o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		normativos e manifestação sobre projetos de lei referentes à matéria tributária, como proposta, segundo as normas técnicas estabelecidas para redação de atos normativos de âmbito Municipal; da supervisão das atividades de disseminação de informações ao sujeito passivo, visando à simplificação do cumprimento das obrigações tributárias e à formalização de processos; na elaboração de minuta de cálculo de exigência tributária alterada por decisão administrativa ou judicial; na prestação de assistência aos órgãos encarregados da representação judicial do Município; na supervisão da informação dos débitos vencidos e não pagos para a inscrição na Dívida Ativa antes do termo prescricional; do planejamento, coordenação, supervisão e controle das atividades de fiscalização, arrecadação e de cobrança administrativa dos impostos, taxas e contribuições; da realização de pesquisa e investigação relacionadas às atividades de inteligência fiscal tributária; do exame de documentos, livros e registros de instituições financeiras, referentes a contas de depósitos e aplicações financeiras de titularidade de sujeito passivo em processo administrativo fiscal, indispensáveis para a conclusão da fiscalização; da implantação de projetos, planos ou programas de interesse da Administração Tributária; na avaliação e especificação de sistemas e programas de informática relativos às atividades de lançamento, arrecadação, cobrança administrativa e controle de tributos e contribuições; na avaliação, planejamento, execução ou participação em programas de pesquisa, aperfeiçoamento ou de capacitação dos AFRM e demais servidores relacionados à Administração Tributária; na execução de atividades com a finalidade de promover ações preventivas e repressivas relativas à ética e à disciplina funcionais dos AFRM, verificando os aspectos disciplinares dos feitos fiscais e de outros procedimentos administrativos; nas análises de natureza contábil, econômica ou financeira relativas às atividades de competência tributária do Município; no desenvolvimento de estudos objetivando o acompanhamento, o controle e a avaliação da receita tributária; na coordenação das atividades de orientação

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		ao contribuinte quanto à aplicação da legislação tributária e ao exato cumprimento de suas obrigações fiscais; supervisionar as demais atividades de orientação ao contribuinte; na atuação em conjunto com as Fazendas Públicas da União, dos Estados, do Distrito Federal e demais Municípios, no que diz respeito a auditoria fiscal e na execução do poder de polícia tributária, agindo inclusive na constituição de créditos tributários objetos de delegação de competência; atuar em julgamentos em matéria tributária, na forma da Lei; dentre outras atribuições relacionadas ao cargo, sem prejuízo de outras atribuições previstas em lei específica.
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Responsável por executar os serviços gerais de Administração Pública, como organização e elaboração de documentos, arquivos em geral, além de atendimento ao público, dentre outras atividades correlatas.	Organizar, elaborar documentos arquivos, prestar auxílios necessários aos Setores e Departamentos municipais; Executar os serviços gerais de Administração Pública, tais como a separação e classificação de documentos e correspondência, transcrição de dados, lançamentos, prestação de informações, participação na organização de arquivos e fichários e preparação de correspondências, ofícios, minutas e outros textos, seguindo processos e rotinas estabelecidas; Coletar dados diversos; consultar documentos, transcrições, arquivos e fichários; Efetuar cálculos com o auxílio de máquinas; Obter as informações necessárias ao cumprimento da rotina administrativa; Realizar atendimento ao público em geral; Proceder ao auxílio dos servidores públicos Municipais no desempenho de suas atribuições e no cumprimento dos objetivos da Administração Pública Municipal; Observar e cumprir as normas de higiene e segurança do trabalho, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
AUXILIAR ADMINISTRATIVO - CLT	Responsável por executar os serviços gerais de Administração Pública, como organização e elaboração de documentos, arquivos em geral, além de	Organizar, elaborar documentos arquivos, prestar auxílios necessários aos Setores e Departamentos municipais; Executar os serviços gerais de Administração Pública, tais como a separação e classificação de documentos e correspondência, transcrição de dados, lançamentos, prestação de informações, participação na organização de arquivos e fichários e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificação da assinatura acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar e informe o código: 1AE0-4D0D-CD3C-09D2

	atendimento ao público, dentre outras atividades correlatas.	preparação de correspondências, ofícios, minutas e outros textos, seguindo processos e rotinas estabelecidas; Coletar dados diversos; consultar documentos, transcrições, arquivos e fichários; Efetuar cálculos com o auxílio de máquinas; Obter as informações necessárias ao cumprimento da rotina administrativa; Realizar atendimento ao público em geral; Proceder ao auxílio dos servidores públicos Municipais no desempenho de suas atribuições e no cumprimento dos objetivos da Administração Pública Municipal; Observar e cumprir as normas de higiene e segurança do trabalho, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
AUXILIAR DE CIRURGIÃO DENTISTA - ESF	Responsável pela preparação do paciente para o atendimento odontológico; Auxílio no geral prestado ao cirurgião dentista, dentre outras atividades correlatas.	No âmbito do Programa Estratégia Saúde da Família: recepcionar e acolher os pacientes quando da chegada e permanência no consultório; Preparar o paciente para o atendimento, como colocação de guardanapo, bochecho e afins; Separar fichas/prontuários do paciente previamente à consulta; Auxiliar o dentista com o instrumental durante o atendimento; Descartar o material utilizado durante o atendimento clínico a organização do consultório; proceder à desinfecção de materiais e instrumentos utilizados; Sob supervisão do cirurgião dentista, realizar procedimentos educativos e preventivos aos usuários, individuais ou coletivos, como evidenciação de placa bacteriana, escovação, uso de fio dental, etc; Preparar e organizar o instrumental e material (sugador, espelho, sonda, etc) necessários ao trabalho; Instrumentar o cirurgião dentista durante a realização de procedimentos clínicos (trabalho a quatro mãos); Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; Agendar o paciente e orientá-lo quanto ao retorno e à preservação do tratamento; Acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal; Manter o consultório organizado após o atendimento, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	Responsável pela recepção e acolhimento de paciente; Descarte do material utilizado no atendimento clínico, bem como outras atividades correlatas.	Recepcionar e acolher os pacientes quando da chegada e permanência no consultório; Preparar o paciente para o atendimento, como colocação de guardanapo, bochecho e afins; Separar fichas/prontuários do paciente previamente à consulta; Auxiliar o dentista com o instrumental durante o atendimento; Descartar o material utilizado durante o atendimento clínico a organização do consultório; proceder à desinfecção de materiais e instrumentos utilizados; Sob supervisão do cirurgião dentista, realizar procedimentos educativos e preventivos aos usuários, individuais ou coletivos, como evidenciação de placa bacteriana, escovação, uso de fio dental, etc; Preparar e organizar o instrumental e material (sugador, espelho, sonda, etc) necessários ao trabalho; Instrumentar o cirurgião dentista durante a realização de procedimentos clínicos (trabalho a quatro mãos); Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; Agendar o paciente e orientá-lo quanto ao retorno e à preservação do tratamento; Acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal; Manter o consultório organizado após o atendimento, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
AUXILIAR DE CUIDADOS DIÁRIOS	Responsável pela realização de funções auxiliares junto às crianças e adolescentes nas diversas fases da Educação Básica, bem como professores no processo de ensino/aprendizagem, dentre outras atividades correlatas.	Atuar junto às crianças e adolescentes nas diversas fases da Educação Básica, auxiliando o professor no processo ensino – aprendizagem; auxiliando as crianças na execução de atividades pedagógicas e recreativas diárias; cuidar da higiene, alimentação, repouso e bem estar das crianças; auxiliar o professor na construção de atitudes e valores significativos para o processo educativo das crianças; planejar junto com o professor regente, atividades pedagógicas próprias para cada grupo infantil e fundamental, auxiliar o professor no processo de observação e registro das aprendizagens e desenvolvimento das crianças e adolescentes; auxiliar o professor na construção de material didático, bem como na organização e manutenção deste material; responsabilizar-se pela recepção e entrega das

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		crianças/adolescentes junto às famílias, mantendo um diálogo constante entre família e a Unidade Escolar; acompanhar as crianças/adolescentes, junto aos professores e demais funcionários em aulas-passeios programadas pela escola; participar de capacitações de formação continuada; auxiliar, quando necessário, na limpeza geral do prédio escolar e na preparação da merenda dos alunos; executar outras tarefas compatíveis com o cargo, sempre que determinado pela Direção da Escola ou pelo Departamento Municipal de Educação.
AUXILIAR DE EDUCADOR CUIDADOR INSTITUCIONAL	Responsável pela realização de funções auxiliares junto às crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional em abrigo municipal, dentre outras atividades correlatas.	Auxiliar e prestar apoio aos cuidadores de crianças e adolescentes e sob sua supervisão: Cuidar da alimentação, higiene e proteção de crianças ou adolescentes em situação de acolhimento institucional em abrigo municipal; organizar o ambiente propiciando espaço físico e atividades adequadas ao grau de desenvolvimento da cada criança e/ou adolescente; auxiliar a criança e/ou adolescente na lida com sua história de vida, no fortalecimento de autoestima e construção de identidade; organizar arquivo de fotografias e registros individuais sobre o desenvolvimento de cada criança e/ou adolescente, de modo a preservar sua história de vida, acompanhar os serviços de saúde, escola e outros serviços requeridos no cotidiano (quando se mostrar necessário e pertinente um profissional de nível superior deverá, também, participar desse acompanhamento); auxiliar na preparação da criança e/ou adolescente para o desligamento do acolhimento institucional, sendo para tanto orientado e supervisionado por um profissional de nível superior; executar cuidados básicos de proteção; Atender as normas de higiene e segurança do trabalho; Executar outras atividades correlatas.
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	Responsável por executar ações simples de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro, dentre outras atividades correlatas.	Exercer atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão de enfermeiro, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente observar, reconhecer e descrever sinais e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		sintomas; executar ações de tratamento simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; participar da equipe de saúde; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do COREN, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
AUXILIAR DE ENFERMAGEM - CLT	Responsável por executar ações simples de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro, dentre outras atividades correlatas.	Exercer atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão de enfermeiro, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; participar da equipe de saúde, Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do COREN, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
BIBLIOTECÁRIO	Responsável pelo planejamento, implementação administração de bibliotecas e sistema de acesso e recuperação de informação, dentre outras atividades correlatas.	Organizar, planejar e administrar bibliotecas; registrar, classificar e catalogar material cultural (livros, periódicos e folhetos), obter dados de obras bibliográficas; fazer pesquisas em catálogos; atender aos serviços de referência e tomar ou sugerir as medidas necessárias ao seu aperfeiçoamento; ler e examinar livros e periódicos e recomendar sua aquisição; fazer o planejamento da difusão cultural na parte referente a serviços de bibliotecas; resumir artigos de interesse para os leitores; fazer sugestões sobre catalogação de livros; assistir aos leitores na escolha de livros, periódicos e na utilização de catálogo-dicionário; registrar a movimentação de livros, panfletos e periódicos; examinar as publicações oficiais e organizar fichários de leis ou outros atos governamentais; preparar livros e periódicos para encadernação; orientar o serviço de limpeza e conservação de livros; fazer consulta sobre livros de interesse da biblioteca, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e utilize o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

BIOMÉDICO	Responsável pela execução de trabalhos que se destinam à realização de exames e emissão de laudos técnicos pertinentes às análises clínicas, dentre outras atividades correlatas.	Supervisionar, orientar e realizar exames hematológicos, imunológicos, microbiológicos e outros, empregando aparelhos e reagentes apropriados; Interpretar, avaliar e liberar os resultados dos exames para fins de diagnósticos clínicos; Verificar sistematicamente os aparelhos a serem utilizados nas análises, ajustando-os e calibrando-os quando necessário, a fim de garantir seu perfeito funcionamento e a qualidade dos resultados; Controlar a qualidade nos produtos e reagentes utilizados, bem como dos resultados das análises; Efetuar os registros necessários para controle dos exames realizados; Realizar estudos e pesquisas relacionadas com sua área de atuação; Processar os diversos materiais biológicos para posterior dosagem e análise; Orientar e supervisionar profissionais de nível técnico, médico e básico quanto aos procedimentos adequados em laboratórios; Executar programas de controle de qualidade; Responsabilizar-se pela introdução de novos métodos para a realização de exames; Planejar e coordenar o consumo dos produtos a serem utilizados, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
CIRURGIÃO DENTISTA (4 HORAS)	Responsável pela prestação de assistência odontológica, bem como planejar, realizar e avaliar programas de saúde pública, dentre outras atividades correlatas.	Examinar, diagnosticar e tratar afecções da boca, dentes e região maxilofacial, utilizando processos clínicos ou cirúrgicos; Prescrever ou administrar medicamentos, determinando via oral ou parenteral, para tratar ou prevenir afecções nos dentes e da boca, aplicar anestesia local e truncular; Realizar exame radiológico, se necessário; Manter registro dos pacientes examinados e tratados; Participar e executar levantamentos epidemiológicos na área da saúde bucal; Realizar perícias odonto-administrativas, examinando a cavidade bucal, dentes e outros, a fim de fornecer atestados de capacitação física para admissão de pessoal na prefeitura; Participar do planejamento, execução e avaliação de programas educativos de prevenção dos problemas de saúde bucal e programas de atendimento odontológico voltados para os estudantes da rede municipal de ensino e para a população de baixa renda; Participar da elaboração de planos de fiscalização sanitária;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

		Responsabilizar-se pelos atos técnicos executados nos pacientes, decorrentes do exercício profissional; Orientar pacientes quanto à alimentação e higiene bucal; Fazer levantamento de materiais de uso diário e repassar para ser providenciado; Apresentar relatório de atendimento mensal, comparando resultados com as metas estipuladas pela Administração Pública; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do Conselho Regional de Odontologia; Zelar pela manutenção, limpeza, conservação, guarda e controle do material, aparelhos, equipamentos e de seu local de trabalho, obedecendo às normas exigidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando reparo e/ou reposição, sempre que necessário; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
CIRURGIÃO DENTISTA (4 HORAS) - CLT	Responsável pela prestação de assistência odontológica, bem como planejar, realizar e avaliar programas de saúde pública, dentre outras atividades correlatas.	Examinar, diagnosticar e tratar afecções da boca, dentes e região maxilofacial, utilizando processos clínicos ou cirúrgicos; Prescrever ou administrar medicamentos, determinando via oral ou parenteral, para tratar ou prevenir afecções nos dentes e da boca, aplicar anestesia local e truncular; Realizar exame radiológico, se necessário; Manter registro dos pacientes examinados e tratados; Participar e executar levantamentos epidemiológicos na área da saúde bucal; Realizar perícias odonto-administrativas, examinando a cavidade bucal, dentes e outros, a fim de fornecer atestados de capacitação física para admissão de pessoal na prefeitura; Participar do planejamento, execução e avaliação de programas educativos de prevenção dos problemas de saúde bucal e programas de atendimento odontológico voltados para os estudantes da rede municipal de ensino e para a população de baixa renda; Participar da elaboração de planos de fiscalização sanitária; Responsabilizar-se pelos atos técnicos executados nos pacientes, decorrentes

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		do exercício profissional; Orientar pacientes quanto à alimentação e higiene bucal; Fazer levantamento de materiais de uso diário e repassar para ser providenciado; Apresentar relatório de atendimento mensal, comparando resultados com as metas estipuladas pela Administração Pública; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do Conselho Regional de Odontologia; Zelar pela manutenção, limpeza, conservação, guarda e controle do material, aparelhos, equipamentos e de seu local de trabalho, obedecendo às normas exigidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando reparo e/ou reposição, sempre que necessário; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
CIRURGIÃO DENTISTA ESPECIALISTA EM CIRURGIA TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL	Responsável pela realização de cirurgias ligadas ao tratamento de traumas e fraturas dos ossos da face que acarretam em alteração da oclusão (encaixe dos dentes), dentre outras atividades correlatas.	Realizar cirurgias ligadas ao tratamento de traumas e fraturas dos ossos da face que acarretam em alteração da oclusão (encaixe dos dentes); Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Realizar exame preliminar levantando informações referentes à anamnese e diagnóstico dos pacientes registrando dados no prontuário odontológico; aplicar anestesia local e truncular; Realizar exame radiológico, se necessário; Realizar o exame clínico bucal, identificando procedimentos necessários para o tratamento tais como: extrações, cirurgias, biopsias, próteses e outros, providenciando os atendimentos ou encaminhamentos a especialistas; Fazer o tratamento dos pacientes de acordo com procedimentos identificados no exame clínico bucal, bem como manter o controle dos procedimentos realizados diariamente; Confeccionar os moldes e executar a montagem das próteses dentárias; Fazer levantamento de materiais de uso diário e repassar

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		para ser providenciado; Apresentar relatório de atendimento mensal, comparando resultados com as metas estipuladas pela secretaria; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do Conselho Regional de Odontologia; Zelar pela manutenção, limpeza, conservação, guarda e controle do material, aparelhos, equipamentos e de seu local de trabalho, obedecendo às normas exigidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando reparo e/ou reposição, sempre que necessário; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
CIRURGIÃO DENTISTA ESPECIALISTA EM CIRURGIA TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL - CLT	Responsável pela realização de cirurgias ligadas ao tratamento de traumas e fraturas dos ossos da face que acarretam em alteração da oclusão (encaixe dos dentes), dentre outras atividades correlatas.	Realizar cirurgias ligadas ao tratamento de traumas e fraturas dos ossos da face que acarretam em alteração da oclusão (encaixe dos dentes); Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Realizar exame preliminar levantando informações referentes à anamnese e diagnóstico dos pacientes registrando dados no prontuário odontológico; aplicar anestesia local e truncular; Realizar exame radiológico, se necessário; Realizar o exame clínico bucal, identificando procedimentos necessários para o tratamento tais como: extrações, cirurgias, biopsias, próteses e outros, providenciando os atendimentos ou encaminhamentos a especialistas; Fazer o tratamento dos pacientes de acordo com procedimentos identificados no exame clínico bucal, bem como manter o controle dos procedimentos realizados diariamente; Confeccionar os moldes e executar a montagem das próteses dentárias; Fazer levantamento de materiais de uso diário e repassar para ser providenciado; Apresentar relatório de atendimento mensal, comparando resultados com as metas estipuladas pela secretaria; Executar as

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

		atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do Conselho Regional de Odontologia; Zelar pela manutenção, limpeza, conservação, guarda e controle do material, aparelhos, equipamentos e de seu local de trabalho, obedecendo às normas exigidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando reparo e/ou reposição, sempre que necessário; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
CIRURGIÃO DENTISTA ESPECIALISTA EM IMPLANTE	Responsável pela realização de posicionamento de implantes nos ossos da arcada dentária, bem como tratamentos relacionados, dentre outras atividades correlatas.	Realizar posicionamento de implantes nos ossos da arcada dentária; Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Realizar exame preliminar levantando informações referentes à anamnese e diagnóstico dos pacientes registrando dados no prontuário odontológico; aplicar anestesia local e truncular; Realizar exame radiológico, se necessário; Realizar o exame clínico bucal, identificando procedimentos necessários para o tratamento tais como: extrações, cirurgias, biopsias, próteses e outros, providenciando os atendimentos ou encaminhamentos a especialistas; Fazer o tratamento dos pacientes de acordo com procedimentos identificados no exame clínico bucal, bem como manter o controle dos procedimentos realizados diariamente; Confeccionar os moldes e executar a montagem das próteses dentárias; Fazer levantamento de materiais de uso diário e repassar para ser providenciado; Apresentar relatório de atendimento mensal, comparando resultados com as metas estipuladas pela secretaria; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do Conselho Regional de Odontologia; Zelar pela manutenção, limpeza, conservação, guarda e controle do material, aparelhos, equipamentos e de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		seu local de trabalho, obedecendo às normas exigidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando reparo e/ou reposição, sempre que necessário; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
CIRURGIÃO DENTISTA ESPECIALISTA EM ENDODONTIA	Responsável pela realização de procedimentos ligados à preservação dos dentes do paciente por meio de prevenção, diagnóstico, prognóstico, tratamento e controle das alterações da polpa e dos tecidos perirradiculares, dentre outras atividades correlatas.	Realizar procedimentos relacionados à preservação dos dentes do paciente por meio de prevenção, diagnóstico, prognóstico, tratamento e controle das alterações da polpa e dos tecidos perirradiculares; Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Realizar exame preliminar levantando informações referentes à anamnese e diagnóstico dos pacientes registrando dados no prontuário odontológico; aplicar anestesia local e truncular; Realizar exame radiológico, se necessário; Realizar o exame clínico bucal, identificando procedimentos necessários para o tratamento tais como: extrações, cirurgias, biopsias, próteses e outros, providenciando os atendimentos ou encaminhamentos a especialistas; Fazer o tratamento dos pacientes de acordo com procedimentos identificados no exame clínico bucal, bem como manter o controle dos procedimentos realizados diariamente; Confeccionar os moldes e executar a montagem das próteses dentárias; Fazer levantamento de materiais de uso diário e repassar para ser providenciado; Apresentar relatório de atendimento mensal, comparando resultados com as metas estipuladas pela secretaria; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do Conselho Regional de Odontologia; Zelar pela manutenção, limpeza, conservação, guarda e controle do material, aparelhos, equipamentos e de seu local de trabalho, obedecendo às normas exigidas pela Agência Nacional de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://validar.iti.gov.br e informe o código: 1010-5530-09CD-10EA

		Vigilância Sanitária - ANVISA; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando reparo e/ou reposição, sempre que necessário; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
CIRURGIÃO DENTISTA ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA	Responsável pela realização de tratamentos ligados à ortopedista funcional dos maxilares, por meio de prevenção, diagnóstico e prognóstico, dentre outras atividades correlatas.	Realizar tratamentos ligados à especialidade de dentista ortopedista, buscando a correção dos dentes e ossos maxilares dos pacientes, Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Realizar exame preliminar levantando informações referentes à anamnese e diagnóstico dos pacientes registrando dados no prontuário odontológico; Realizar o exame clínico bucal, identificando procedimentos necessários para o tratamento tais como: extrações, cirurgias, biopsias, próteses e outros, providenciando os atendimentos ou encaminhamentos a especialistas; aplicar anestesia local e truncular; Realizar exame radiológico, se necessário; Fazer o tratamento dos pacientes de acordo com procedimentos identificados no exame clínico bucal, bem como manter o controle dos procedimentos realizados diariamente; Confeccionar os moldes e executar a montagem das próteses dentárias; Fazer levantamento de materiais de uso diário e repassar para ser providenciado; Apresentar relatório de atendimento mensal, comparando resultados com as metas estipuladas pela secretaria; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do Conselho Regional de Odontologia; Zelar pela manutenção, limpeza, conservação, guarda e controle do material, aparelhos, equipamentos e de seu local de trabalho, obedecendo às normas exigidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando reparo e/ou reposição, sempre que necessário;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://validar.iti.gov.br

		Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
CIRURGIÃO DENTISTA ESPECIALISTA EM PERIODONTIA - CLT	Responsável pela realização de tratamentos ligados ao tratamento dos tecidos do periodonto, por meio de prevenção, diagnóstico e prognóstico, dentre outras atividades correlatas.	Realizar tratamentos ligados à especialidade de dentista periodontista, buscando a prevenção, diagnóstico e tratamento de condições que acometem os tecidos de sustentação dos dentes dos pacientes; Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; aplicar anestesia local e truncular; Realizar exame radiológico, se necessário; Realizar exame preliminar levantando informações referentes à anamnese e diagnóstico dos pacientes registrando dados no prontuário odontológico; Realizar o exame clínico bucal, identificando procedimentos necessários para o tratamento tais como: extrações, cirurgias, biopsias, próteses e outros, providenciando os atendimentos ou encaminhamentos a especialistas; Fazer o tratamento dos pacientes de acordo com procedimentos identificados no exame clínico bucal, bem como manter o controle dos procedimentos realizados diariamente; Confeccionar os moldes e executar a montagem das próteses dentárias; Fazer levantamento de materiais de uso diário e repassar para ser providenciado; Apresentar relatório de atendimento mensal, comparando resultados com as metas estipuladas pela secretaria; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do Conselho Regional de Odontologia; Zelar pela manutenção, limpeza, conservação, guarda e controle do material, aparelhos, equipamentos e de seu local de trabalho, obedecendo às normas exigidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando reparo e/ou reposição, sempre que necessário; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

		apresentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
CIRURGIÃO DENTISTA PSF	Responsável pela coordenação e execução de ações e programas desenvolvidos na área de odontologia, participando no planejamento, execução, avaliação e supervisão de ações no âmbito da saúde da família, dentre outras atividades correlatas.	No âmbito da saúde de família, examinar, diagnosticar e tratar afecções da boca, dentes e região maxilofacial, utilizando processos clínicos ou cirúrgicos; Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Aplicar anestesia local e truncular; Realizar exame radiológico, se necessário; Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo; Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica; Realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe; Elaborar e ministrar palestras a grupos operativos e à população, a fim de fornecer informações sobre melhoria da qualidade de vida; Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; Realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com o planejamento da equipe, com resolubilidade; Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares; Realizar visitas domiciliares e atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; Realizar supervisão técnica da Equipe de Saúde Bucal; Elaborar relatórios diversos, visando subsidiar, disponibilizar e encaminhar informações e outros dados inerentes à sua área de atuação ao superior imediato, às demais áreas da instituição e aos órgãos externos, de acordo com as normas e procedimentos preestabelecidos; Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento das Unidades Básicas de Saúde - UBS; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do Conselho Regional de Odontologia; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando reparo e/ou reposição, sempre que necessário; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, presentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
CONTADOR	Responsável pela execução de tarefas de planejamento, supervisão e orientação da contabilidade, observando exigências legais técnicas. Executar tarefas de análise	Planejar o sistema de registros e operações, atendendo as necessidades administrativas e às exigências legais, possibilitando o controle contábil e orçamentário; Supervisionar os trabalhos de contabilização, observando plano de contas adotado; Emitir parecer técnico e apresentar relatórios de trabalho; realizar pesquisas, estudos, análises, planejamento, implantação, supervisão, coordenação e controle de trabalhos; Registrar atos e fatos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

	orçamentária e de preços e custos visando a perfeita utilização dos recursos públicos, dentre outras atividades correlatas.	contábeis, orientando-se pelas regras aplicadas à contabilidade pública, orçamento público e Lei de Responsabilidade Fiscal; Inspecionar a escrituração de livros contábeis, verificando se os registros correspondem aos documentos de origem; Controlar a conciliação de contas, conferindo saldos e verificando possíveis erros; Proceder a classificação de contas e despesas; Reavaliar o ativo e depreciar bens; Organizar e assinar balancetes, balanços e demonstrativos de contas; Preparar declaração de imposto de renda; Elaborar relatório sobre a situação patrimonial, econômica e financeira; Auxiliar na elaboração da LOA, a LDO e o PPA, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
CONTROLADOR INTERNO	Responsável pela execução de tarefas de controle interno no âmbito do Poder Executivo, observando exigências legais técnicas, dentre outras atividades correlatas.	Zelar pela obediência das formalidades legais e avaliar os resultados de atos administrativos em geral, acompanhando especialmente a admissão de pessoal, contratos e licitações; apoiar as unidades do Município no exercício institucional do Controle Externo, especialmente emitindo pareceres sobre balanços e balancetes do Poder Executivo; recomendar, acompanhar e avaliar a execução de auditorias, processos administrativos e sindicâncias, consignando quaisquer irregularidades constatadas, indicando medidas para correção das falhas encontradas; promover, organizar e executar, por iniciativa própria ou por determinação do Tribunal de Contas do Estado, programação periódica de auditoria contábil, financeira, orçamentária, patrimonial e operacional e emitir os respectivos relatórios; alertar formalmente a autoridade administrativa competente sempre que tiver conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade prevista em lei, sob pena de responsabilidade solidária; Comunicar ao Tribunal de Contas a constatação de irregularidade ou ilegalidade de que tiver conhecimento, em conformidade com as normas vigentes; indicar providências com vistas a sanar as irregularidades e evitar ocorrências semelhantes; fiscalizar a execução, incluindo o cumprimento de metas, dos planos setoriais, no Plano Plurianual, nas leis orçamentárias, e dos planos orçamentários; analisar a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificação da assinatura acesse https://esignatura.prodesp.sp.gov.br e informe o código: 1D1C-0D3C-4D90-E3EA

		legalidade e avaliar os resultados quanto à eficácia e a eficiência das gestões orçamentária, financeira, patrimonial e operacional; analisar a prestação de contas anual a ser enviada ao Tribunal de Contas; recomendar medidas para o cumprimento de normas legais e técnicas; zelar pela observância dos limites gasto com pessoal; analisar e auditar as despesas com pessoal, limites, reajustes, aumentos, reavaliações, concessão de vantagens, previsão na lei de diretrizes orçamentárias, plano plurianual e orçamento; produzir, sempre que requisitado relatórios destinados, a subsidiar a ação e gestão do Prefeito Municipal e dos responsáveis pela Administração e secretarias/departamentos; participar dos processos de expansão e informatização, com vistas a proceder a melhoria contínua das atividades prestadas pelo sistema de controle interno; realizar treinamentos dos servidores que participam e operam o sistema de controle interno, bem como a disseminação de informações técnicas e executivas; propor ao Prefeito Municipal, instruções normativas que busquem estabelecer padronização de procedimentos pelas unidades administrativas, concernentes à ação do sistema de controle interno; fornecer informações de interesse público quanto à tramitação de procedimentos internos da Controladoria, mediante requisição oficial; assegurar a economicidade da Administração nas áreas contábil, orçamentária, financeira, administrativa, patrimonial e operacional, controlar desvios, perdas e desperdícios; identificar erros, fraudes e identificar os agentes responsáveis; apoiar o Controle Externo exercido pelo Poder Legislativo Municipal, no exercício de sua missão institucional; acompanhar junto ao Tribunal de Contas Estadual, Tribunal de Contas da União, Ministério Público, Poder Judiciário e Poder Executivo em suas diligências, inspeções e auditorias; cumprir as normas estabelecidas por Auditoria Externa, determinadas pelo órgão na esfera estadual, notadamente o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo; acompanhar a gestão do Portal da Transparência; executar outras tarefas correlatas e inerentes às responsabilidades da Unidade de Controle Interno.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

COORDENADOR DE SERVIÇOS	Responsável pela coordenação de equipe de trabalho, dentre outras atividades correlatas.	Executar tarefas de caráter administrativo e operacional no campo de atuação dos setores subordinados aos departamentos municipais; Coordenar equipes de trabalho; Desenvolver atividades inerentes a área de atuação, além de planejar, coordenar e supervisionar o trabalho desenvolvido; Elaborar planos e cronogramas; Analisar a viabilidade de projetos e tarefas; Emitir e elaborar relatórios e comunicados; Desempenhar atividades de apoio à gestão administrativa, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
COORDENADOR DO CRAS	Responsável pela coordenação dos serviços e ações de interesse do CRAS, dentre outras atividades correlatas.	Articular, acompanhar e avaliar os serviços do CRAS; coordenar as rotinas administrativas, os processos de trabalho e os recursos humanos da unidade; Participar da elaboração, acompanhamento, implementação e avaliação dos fluxos e procedimentos adotados, visando garantir a efetivação das articulações necessárias; Subsidiar e participar da elaboração dos mapeamentos da área de vigilância socioassistencial do órgão gestor de assistência social; coordenar o processo de articulação cotidiana com as demais unidades e serviços socioassistenciais, na sua área de abrangência; definir com a equipe os critérios de inclusão, acompanhamento e desligamento das famílias e indivíduos nos serviços ofertados no CRAS; coordenar o processo, com a equipe, unidades referenciadas e rede de articulação, quando for o caso, do fluxo de entrada, acolhida, acompanhamento, encaminhamento e desligamento das famílias e indivíduos no CRAS; coordenar a execução das ações, assegurando diálogo e possibilidades de participação dos profissionais e dos usuários, Emitir relatórios e comunicados; Desempenhar atividades de apoio à gestão administrativa, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
COORDENADOR DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	Responsável pela coordenação de equipes e de ações socioassistenciais na busca de melhoria dos serviços a serem	Administrar patrimônio, recursos materiais, serviços e informações; prestar consultoria e assessoria a equipe da unidade; fomentar a política de mudança; definir diretrizes para gestão de pessoas; para aquisição de recursos materiais; para tratamento de informações institucionais; para

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	prestados, dentre outras atividades correlatas.	tramitação de documentos; para tratamento da documentação; definir para ações operacionais, táticas e estratégicas; desenvolver e normatizar padrões de procedimentos; e parâmetros de avaliação, identificar e analisar cenários, demandas e prioridades; planejar ações estratégicas, táticas e operacionais; planejar aplicação dos recursos financeiros; aquisição e utilização de materiais e serviços; estabelecer metas; prospectar oportunidades; planejar etapas do processo de trabalho; acompanhar indicadores; monitorar resultados financeiros; avaliar qualidade dos serviços prestados; avaliar desempenho individual; avaliar desempenho da equipe; avaliar desempenho gerencial; avaliar desempenho institucional; elaborar relatórios gerenciais; relacionar resultados com normas vigentes; avaliar processos de trabalho; identificar melhores práticas de trabalho; reconduzir fluxo de procedimentos; divulgar normas e procedimentos; divulgar diretrizes; divulgar resultados; comunicar-se com demais setores da organização; esclarecer normas à equipe; estabelecer rede de relacionamento e parcerias; coordenar ações operacionais, desenvolver projetos em conjunto; coordenar ações operacionais na área de pessoal; acompanhar a execução orçamentária e financeira; coordenar utilização de recursos físicos e materiais; otimizar contratação e distribuição de pessoas; interpretar normas; avaliar aplicabilidade das normas vigentes; propor modificações nas normas; coordenar ações intersetoriais; supervisionar movimentação de materiais e patrimônio; supervisionar ações de desenvolvimento de pessoas; supervisionar contratos e convênios; supervisionar conservação do patrimônio; organizar grupos de discussão; identificar pontos críticos da área; supervisionar ações intersetoriais; conhecimento dos serviços, programas, projetos e/ou benefícios socioassistenciais; experiência de coordenação de equipes, com habilidade de comunicação, de estabelecer relações e negociar conflitos; com boa capacidade de gestão, em especial para lidar com informações, planejar, monitorar e acompanhar os serviços socioassistenciais, bem como de gerenciar a rede socioassistencial local;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/autenticacao/validarAssinaturaDocumento.xhtml e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		realizar outras atividades afins e/ou estabelecidas em legislações e normativas e orientações especificas, tais como: organização e orientação de pessoal e supervisão dos trabalhos desenvolvidos; articulação com a rede de serviços; articulação com o sistema de garantia de direitos, coordenar as rotinas administrativas, os processos de trabalho e os recursos humanos da unidade; zelar pelo cumprimento das normas estabelecidas; garantir e manter as instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, alimentação, salubridade e segurança e os objetos necessários execução dos serviços; supervisionar os trabalhos desenvolvidos por todos os servidores, zelando pelo bom andamento do atendimento aos usuários e tomar as medidas cabíveis quando da existência de irregularidades, registrar em livro de ocorrência e comunicar os responsáveis para as devidas providências; analisar e definir a utilização das doações recebidas; articular, acompanhar e avaliar o processo de implantação e implementação dos programas, serviços e projetos operacionalizados na unidade; convocar e coordenar a realização do planejamento dos serviços, programas, projetos e ações em geral; coordenar a execução e realizar o monitoramento e a avaliação dos serviços, programas, projetos, serviços, benefícios e ações em geral; elaboração, execução e monitoramento em conjunto com a equipe técnica e demais funcionários, o projeto político-pedagógico do serviço; zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças/adolescentes, de acordo com o eca, bem como dos demais usuários de acordo com as legislações vigentes, dos direitos dos cidadãos; garantir atendimento humanizado e qualificado a todos os usuários que demandam os serviços, programas, projetos e ações da assistência social; fornecer subsídios e informações que contribuam para: elaboração do plano municipal de assistência social; planejamento, monitoramento e avaliação da unidade e dos serviços ofertados; organização e avaliação dos serviços referenciados; planejamento de medidas voltadas à qualificação da unidade e da atenção ofertada no âmbito dos serviços; coordenar e garantir que as informações sejam consolidadas, organizadas e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		enviadas mensalmente para o órgão gestor, especialmente as que se referem a incidência de vulnerabilidade e risco social dos usuários acolhidos; número de famílias atendidas e acompanhadas; perfil das famílias; subsidiar e participar da elaboração dos mapeamentos da área de vigilância socioassistencial do órgão gestor de assistência social; participar da elaboração, acompanhar e avaliar os fluxos e procedimentos para a realização do atendimento e articulação com a rede; articular com a rede de serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; promover a articulação entre serviços, transferência de renda e benefícios socioassistenciais na área de abrangência da unidade; articular com o sistema de garantia de direitos - SGD; averiguar as necessidades de capacitação da equipe e informar a secretaria de assistência social, garantindo uma formação continuada prevendo momentos de estudo e aprimoramento da ação; convocar e presidir as reuniões mensais de planejamento e avaliação com toda a equipe, garantindo a interdisciplinaridade do trabalho; participar das reuniões de planejamento e avaliação promovidas pela secretaria de assistência social, contribuindo com sugestões estratégicas para a melhoria dos serviços a serem prestados.
COZINHEIRO	Responsável pela preparação de alimentos, bem como inspeções necessárias, dentre outras atividades correlatas.	Preparar alimentos sob supervisão de nutricionista, de modo que assegure a qualidade, higiene, sabor, aroma e apresentação da refeição a ser servida; Inspecionar a higienização de equipamentos e utensílios; Auxiliar na requisição do material necessário para a preparação dos alimentos; Coordenar atividades da cozinha; Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
EDUCADOR AMBIENTAL	Responsável pela promoção e conscientização da comunidade	Promover a educação ambiental junto à comunidade, visando conscientizá-la quanto a necessidade de engajamento geral no sentido da preservação da

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	municipal nos assuntos de educação ambiental, dentre atividades correlatas.	vida e dos elementos físicos da natureza, integrando-a, através de treinamentos e palestras, em um esforço comum de preocupação com a proteção do homem, da fauna, da flora, contra a poluição e a catástrofe ecológica, com os recursos naturais, sua proteção e reconstituição; Organizar e executar projetos de caráter educativo, elaborar materiais e recursos didáticos, como cartilhas, folders, cartazes, materiais audiovisuais, e recursos diversos, para esclarecer sobre as questões ambientais e suas implicações; Realizar campanhas de conscientização e promoções de esclarecimento visando a educação ecológica; Executar tarefas de organização e manutenção de biblioteca especializada na área do meio ambiente; Auxiliar na promoção da melhoria da qualidade de vida da população, coordenando e executando programas, projetos e serviços sociais desenvolvidos pela administração pública, direta, indireta, entidades e organizações populares dos municípios; Propiciar a plena atenção prestada aos usuários, integrando equipe multidisciplinar sempre que necessário; Elaborar pareceres, informes técnicos e relatórios, realizando pesquisas, entrevistas, fazendo observações e sugerindo medidas para implantação, desenvolvimento e aperfeiçoamento de atividades em sua área de atuação; Participar de grupos de trabalho e/ou reuniões com outras secretarias, outras entidades públicas e/ou particulares, realizando estudos, emitindo pareceres e/ou fazendo exposições sobre situações e problemas identificados, oferecendo sugestões, revisando e discutindo trabalhos técnico-científicos, para fins de formulação de diretrizes, planos e programas de trabalho afetos ao Município; Preparar informes e documentos em assuntos ambientais, a fim de possibilitar subsídios para elaboração de ordens de serviços, portarias, pareceres e outros, ou sempre que solicitado, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
EDUCADOR CUIDADOR INSTITUCIONAL	Responsável pela promoção de ações voltadas ao	Responsável pelos cuidados básicos com alimentação, higiene e proteção; Organização do ambiente (espaço físico e atividades adequadas ao grau de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	desenvolvimento da criança e adolescente no âmbito municipal, dentre outras atividades correlatas.	desenvolvimento de cada criança ou adolescente); Auxílio a criança e ao adolescente para lidar com sua história de vida, fortalecimento da autoestima e construção da identidade; Organização de fotografias e registros individuais sobre o desenvolvimento de cada criança e/ou adolescente, de modo a preservar sua história de vida; Acompanhamento nos serviços de saúde, escola e outros serviços requeridos no cotidiano. Quando se mostrar necessário e pertinente, um profissional de nível superior deverá também participar deste acompanhamento, sendo para tanto orientado e supervisionado por um profissional de nível superior, dentre outras funções relacionadas ao cargo.
EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA	Responsável pela orientação da população sobre os cuidados e prevenções higiênicas e sanitárias adequados, a fim de incentivar e orientar quanto à promoção de políticas públicas, voltadas para a Saúde Pública, considerando os problemas de saúde, senso crítico de Gestão Pública de Saúde, bem como as demais normas aplicáveis à Saúde Pública, dentre outras atividades correlatas.	Participar da elaboração municipal das ações de informação, educação e comunicação em saúde; Participar da implementação e implantação dos programas de educação em saúde, analisar indicadores de saúde, operacionalizar ações e campanhas de saúde, participar na coordenação de projetos de educação em saúde, definir estratégias para promoção e educação da saúde nas unidades, participar na elaboração de plano estratégico, participar na elaboração de campanhas de promoção e divulgação de serviços de saúde; elaborar estudos de viabilidade técnica e econômica, analisando a relação custo e benefício nas ações preventivas de educação comunicação em saúde, otimizar recursos, viabilizar captação de recursos; estabelecer critérios de avaliação, avaliar resultados de campanhas, avaliar ações de vigilância em saúde, avaliar o impacto das ações de enfoque de prevenção, promoção e educação em saúde; identificar necessidades de treinamento e qualificação necessários ao trabalho; representar a instituição junto à sociedade civil e órgãos governamentais e imprensa; organizar e facilitar grupos socioeducativos, assessorar órgãos públicos e entidades civis, assessorar empresas na elaboração de programas e projetos de educação em saúde, organizar cursos, palestras e reuniões para discutir prevenção e promoção de saúde; participar em conselhos e núcleos; realizar atividades de coordenação,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		supervisão, avaliação e apoio técnico necessário para o desenvolvimento das ações educativas executadas junto às áreas de saúde pública na esfera municipal; estudar viabilidade de projetos propostos, coletar dados, organizar dados coletados, compilar dados, tabular dados, difundir resultados da pesquisa, buscar parceiros, pesquisar a satisfação do usuário; formular instrumental (Formulários, questionários, folhetos e cartazes educativos, etc), promover eventos técnicos de educação em saúde. Avaliar, organizar e alimentar banco de dados referente as capacitações dos profissionais da saúde. Controlar e organizar os estágios na rede básica de saúde, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
ELETRICISTA	Responsável pela realização de manutenção preventiva e corretiva na parte de eletricidade em geral dos próprios municipais, bem como efetuar serviços de instalação e reparos de circuitos e aparelhos elétricos, dentre outras atividades correlatas.	Instalar, inspecionar e reparar instalações elétricas, internas e externas, luminárias e demais equipamentos de iluminação pública, cabos de transmissão, inclusive os de alta tensão; consertar aparelhos elétricos em geral; operar com equipamentos de som planejar, instalar retirar alto-falantes e microfones; proceder à conservação de aparelhagem eletrônica, realizando pequenos consertos; reparar e regular relógios elétricos, inclusive de controle de ponto; fazer enrolamentos de bobinas; desmontar, ajustar, limpar e montar geradores, motores elétricos, dínamos, alternadores, motores de partida, etc., reparar buzinas, interruptores; executar a bobinagem de motores; fazer e consertar instalações elétrica em veículos automotores; executar e conservar redes de iluminação dos próprios municipais e de sinalização; providenciar o suprimento de materiais e peças necessárias à execução dos serviços; dirigir veículos oficiais para a execução de suas atividades desde que devidamente habilitado; efetuar a manutenção preventiva e corretiva das instalações elétricas dos próprios municipais; solicitar os componentes necessários, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
ENCANADOR	Responsável pela realização de manutenção preventiva e corretiva	Responsável por limpar e desobstruir ralos, tubulações, caixas de inspeção, fazer reparos em canalizações, reservatórios, reparar vazamentos das

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	na parte de tubulações e encanamentos em geral, bem como efetuar serviços de instalação e reparos de parte encanamento de água e esgoto, dentre outras atividades correlatas.	tubulações, fazer ligações de bombas, reservatório de água, rede de água, limpar condutores de águas pluviais, preparar e acomodar calhas e manilhas, caixas de gorduras e instalações sanitárias em geral; Analisar o trabalho a ser executado consultando desenhos, esquemas especificações e outras informações; Executar manutenção de instalações; testar canalizações para assegurar a vedação e funcionamento de todo o sistema; Manter todo o sistema inerente a sua responsabilidade em condições normais de funcionamento; Elaborar relatórios relacionados às suas funções, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
ENCARREGADO DA MERENDA ESCOLAR	Responsável pela supervisão dos trabalhos relacionados à distribuição de merenda nas escolas e creches públicas, como o controle do estoque dos alimentos a serem distribuídos e recebidos, no Setor Competente, dentre outras atividades correlatas.	Responsável por supervisionar e distribuir os gêneros alimentícios nas escolas e creches municipais; Zelar e controlar a qualidade dos gêneros alimentícios armazenados no depósito; Supervisionar os trabalhos das cozinheiras e merendeiras; Efetuar o controle dos gêneros alimentícios necessários ao preparo e fornecimento de alimentação, recebendo-os e armazenando-os de forma adequada, segundo as instruções previamente definidas; Verificar o estado de conservação dos alimentos, separando os que não estejam em condições adequadas de utilização, a fim de assegurar a qualidade das refeições preparadas; Registrar a quantidade das refeições servidas, alimentos recebidos e quantidades utilizadas, em impressos previamente fornecidos, para possibilitar efetivo controle e cálculos estatísticos; Requisitar material e mantimentos, quando necessários; Informar ao superior intercorrências relacionadas à sua área; Elaborar relatórios periódicos e comunicados relacionados ao seu setor, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
ENCARREGADO DE CADASTRO – CLT	Responsável pela atualização, controle e cadastro dos dados e registros imobiliários da	Responsável por supervisionar e auxiliar com o cadastro dos dados e registros imobiliários, bem como a atualização de todos os registros de assentamento cadastral da Municipalidade, para fins tributários e de arrecadação tributária; Executar atividades de apoio administrativo, tais

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	Municipalidade, dentre outras atividades correlatas.	como registro de todas as alterações dos cadastros imobiliários e afins, etc; Executar serviços complementares de administração das informações e atualizações cadastrais imobiliárias e demais registros correlatos à atividade relacionada; Informar ao superior intercorrências relacionadas à sua área; Acompanhar, organizar e manter arquivo próprio do serviço; Manter controle na organização e registro, bem como manter atualizados todos os cadastros imobiliários, podendo solicitar apoio da Divisão de Tributação e dos demais servidores da área técnica, tributária, contábil e jurídica, caso necessite; Zelar pela fiel observância das leis, normas e instruções de serviços; Propor modificações que lhes pareçam importantes para o aprimoramento e racionalização dos serviços; Prestar atendimento ao público referente às atividades correlatas ao seu cargo; Elaborar relatórios periódicos, comunicados relacionados ao seu setor, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
ENCARREGADO DE TURMA	Responsável pela supervisão de turmas lotadas em obras e serviços públicos, dentre outras atividades correlatas.	Responsável por supervisionar e fiscalizar seus subordinados na execução de serviços de limpeza, drenagem, conservação de córregos e galerias, capinação de estradas e vias urbanas, contenção das águas pluviais em estradas e vias urbanas e demais serviços relativos à área; Requisitar, receber, conferir e guardar materiais, produtos, ferramentas, instrumento e equipamentos destinados ao seu setor, controlando e fiscalizando seu uso e emprego; Distribuir, orientar e acompanhar tarefas de seus subordinados; Prestar informações à administração superior sobre andamento das obras e serviços públicos; Manter e zelar pela disciplina e ordem das turmas sob sua supervisão; Cumprir e fazer cumprir os horários de trabalho, bem como instruções normativas; Elaborar relatórios periódicos e comunicados relacionados ao seu setor; Informar ao superior intercorrências relacionadas à sua área, bem como propor modificações que lhes pareçam importantes para o aprimoramento e racionalização dos serviços; Acompanhar cronograma

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

		das atividades relacionadas às obras e serviços públicos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
ENCARREGADO DE DIVISÃO DE TRÂNSITO	Responsável pela supervisão, coordenação da divisão de trânsito municipal, dentre outras atividades correlatas.	Responsável por supervisionar, fiscalizar e controlar os trabalhos do Serviço de Trânsito do Município, zelar pela execução da fiscalização de trânsito, nos termos da legislação federal, estadual e municipal pertinente, na circunscrição territorial do Município; Analisar o funcionamento das diversas rotinas, observando o desenvolvimento e efetuando estudos e ponderações a respeito para propor medidas de simplificação e melhoria dos trabalhos, dando orientação e informações a respeito dos mesmos, para assegurar a eficiente execução dos projetos voltados para a área de trânsito; Prestar informações sobre processos, papéis e serviços que estão sob seu controle e execução; Participar da JARI Municipal; Fiscalizar o cumprimento das normas gerais de trânsito e relacionadas aos estacionamentos e paradas de ônibus, táxis, ambulâncias e veículos especiais; Participar de projetos de orientação, educação e segurança de trânsito; Elaborar relatórios periódicos, fazendo exposições e considerações sobre o andamento dos trabalhos realizados; Informar ao superior intercorrências relacionadas à sua área; Promover o comportamento disciplinar, incentivando o cumprimento dos regulamentos, ordens e instruções de serviço, bem como integrar os demais órgãos municipais, propiciando harmonia no trânsito entre veículos e pedestres, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
ENCARREGADO TRANSPORTE MUNICIPAL	Responsável pela supervisão e condição da frota de veículos e máquinas do Município, dentre outras atividades correlatas.	Supervisionar, fiscalizar, reportar ao superior problemas pertinentes aos veículos e máquinas vinculados à frota municipal; Vistoriar veículos, em questões de segurança, higiene, manutenção, carga, etc; Fiscalizar os profissionais que guiam os veículos, escalas, horários, plantões, viagens; Inspecionar documentações, analisar condições de uso dos veículos, auxiliando o Departamento de Transportes no dimensionamento da frota de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		acordo com a necessidade e a realidade econômico-financeira; Elaborar relatórios periódicos e comunicados relacionados ao seu setor; Informar ao superior intercorrências relacionadas à sua área, bem como propor modificações que lhes pareçam importantes para o aprimoramento e racionalização dos serviços, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
ENFERMEIRO	Responsável pela coordenação e execução de ações e programas desenvolvidos na área de enfermagem, participando no planejamento, execução, avaliação e supervisão de ações de saúde voltadas à comunidade, dentre outras atividades correlatas.	Exercer todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: I - privativamente: a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde pública, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; e) consulta de enfermagem; f) prescrição da assistência de enfermagem; g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; II - como integrante da equipe de saúde: a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação; e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem; g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; i) execução do parto sem distocia; j) educação visando à melhoria de saúde da população; III – quando diplomado ou certificado em enfermagem obstétrica: a) assistência à parturiente e ao parto normal; b)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do COREN, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
ENFERMEIRO PSF	Responsável pela coordenação e execução de ações e programas desenvolvidos na área de enfermagem, participando no planejamento, execução, avaliação e supervisão de ações no âmbito da saúde da família, dentre outras atividades correlatas.	No âmbito da saúde de família, realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; Desempenhar atividades técnicas relativas à sua formação profissional, como realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as Disposições legais da profissão; Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; Contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento das Unidades Básicas de Saúde do Município; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando e discutindo problemas e irregularidades, bem como implantar melhorias de acordo com as necessidades da unidade de trabalho, visando atender às expectativas da Prefeitura, quanto aos índices de produtividade, redução dos custos e maximização dos resultados; Elaborar relatórios diversos, visando subsidiar, disponibilizar e encaminhar informações e outros dados inerentes à sua área de atuação ao superior imediato, às demais áreas da instituição e aos órgãos externos, de acordo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/documento/5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
ICP Brasil

		com as normas e procedimentos preestabelecidos; Elaborar e ministrar palestras a grupos operativos e à população, a fim de fornecer informações sobre melhoria da qualidade de vida; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do COREN; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando reparo e/ou reposição, sempre que necessário, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
ENGENHEIRO AGRÔNOMO	Responsável por planejar, coordenar e executar atividades agrossilvipecuárias e do uso de recursos naturais renováveis e ambientais, promover a extensão rural. Pode prestar assistência e consultoria técnicas. Elaborar documentação técnica e cientifica, dentre outras atividades correlatas.	Elaborar métodos e técnicas de cultivo de acordo com tipos de solo e clima, efetuando estudos, experiências e analisando os resultados obtidos; Estudar os efeitos da rotatividade, drenagem, irrigação, adubagem e condições climáticas, sobre culturas agrícolas, realizando experiências e analisando seus resultados na fase da semeadura, cultivo e colheita; Elaborar novos métodos de combate às ervas daninhas, enfermidades da lavoura e pragas de insetos, e ou aprimora os já existentes; Participar de programa de treinamento, quando convocado; Participar, conforme a política interna da Instituição, de projetos, cursos, eventos, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão.; Elaborar relatório, parecer e laudo técnico em sua área de especialidade; Trabalhar segundo normas técnicas de segurança, qualidade, produtividade, higiene e preservação ambiental; Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de Informática, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
ENGENHEIRO AMBIENTAL	Responsável por planejar, coordenar e executar atividades na área ambiental, administrando os ordenamentos ambientais, os monitoramentos e a mitigação dos impactos ambientais e seus serviços afins e correlatos em áreas que abrange o Município.	Avaliar o impacto do desenvolvimento tecnológico sobre a qualidade de vida, considerando importantes restrições não técnicas, resultantes de fatores legais, sociais, econômicos estéticos e humanos, levando em conta a interação da tecnologia com o meio ambiente, tanto físico como biológico e social; Primar pelo desenvolvimento equilibrado dos ecossistemas terrestres e aquáticos; Examinar qualitativa quantitativamente as modificações introduzidas no mesmo espaço físico territorial do município, o grau de adaptabilidade biológica ou tecnológica da população nesta evolução,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	Pode prestar assistência e consultoria técnicas. Elaborar documentação técnica e cientifica, dentre outras atividades correlatas.	verificando o desenvolvimento econômico e urbano, seja através de interferências no meio, seja no processo tecnológico; Participar de auditorias ambientais; Desenvolver gestão e planejamento ambiental; Controlar a qualidade ambiental, no que diz respeito a redes de monitoramento e vigilância; Verificar as redes de saneamento, analisando os riscos ambientais provocados; Realizar perícias, emitir e assina laudo técnicos e pareceres em questão da competência; Coordenar promover e orientar programas e campanhas que visem conscientizar a população sobre questões que envolvem a interação dos fatores ambientais do desenvolvimento tecnológico da comunidade; Intervir nos processos de produção, aliado ao conhecimento real das imposições legais, tecnológicas e metodologias auxiliares relativas a resolução e prevenção de problemas ambientais; Elaborar projetos ou planos de manejo e recuperação de recursos e ambientes degradados do município a fim de promover sua adequada utilização; Promover o licenciamento ambiental de atividades e obras de interesse do Município; Atender às normas de higiene e de segurança de trabalho; Analisar e dar parecer sobre a aprovação de plantas projetados em áreas que incidam limitações ambientações; Realizar levantamento florístico, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
ENGENHEIRO CIVIL	Responsável por planejar, coordenar e executar projetos de engenharia em geral, supervisionando a operação de obras em geral. Pode prestar assistência e consultoria técnicas. Elaborar documentação técnica e	Estudar, avaliar e elaborar projetos de engenharia; Elaborar normas e acompanhar concorrências; Elaborar cronogramas físico-financeiros, diagramas e gráficos relacionados à programação da execução de planos de obras; Acompanhar e controlar a execução de obras que estejam sob encargo da prefeitura municipal ou de terceiros; Promover levantamentos das características de terrenos onde serão executadas as obras; Analisar processos e aprovar projetos de loteamento quanto aos seus diversos aspectos técnicos, tais como: orçamento, cronograma, projetos de pavimentação, energia elétrica, entre outros; Promover a regularização dos loteamentos clandestinos e irregulares; Fiscalizar a execução do plano de obras de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

	cientifica, dentre outras atividades correlatas.	loteamento, verificando o cumprimento de cronogramas e projetos aprovados; Analisar projetos para fins de emissão de licença de construção e alvará de "habite-se"; Realizar adaptações de projetos de obras públicas em função das dificuldades e necessidades do órgão competente durante a execução do projeto, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
FACILITADOR DE OFICINA	Responsável pelo planejamento das atividades de interesse do CRAS, desenvolvendo, com os grupos, conteúdos e atividades atribuídas na capacitação do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos, dentre outras atividades correlatas.	Realizar, sob orientação do responsável do CRAS o planejamento das atividades, nas áreas especificadas, participar das reuniões sistemáticas com o Responsável pelo CRAS e de capacitação do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos; Realizar as oficinas de convívio social, de acordo com as orientações e referenciais pedagógicas do traçado metodológico desenvolvido pelo Governo Federal, registrar a frequência diária das famílias referenciadas ao CRAS, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
FARMACÊUTICO	Responsável pelas tarefas diversas relacionadas com a composição e fornecimento de medicamentos e outros preparados, baseando-se em fórmulas estabelecidas, para atender às receitas médicas, odontológicas, veterinárias e disposições legais, dentre outras atividades correlatas.	Responsabilizar-se pelos medicamentos sob sua guarda; Controlar o estoque de medicamentos e colaborar na elaboração de estudos e pesquisas farmacodinâmicas e toxicológicas; Emitir parecer técnico a respeito de produtos e equipamentos utilizados na farmácia, principalmente em relação à compra de medicamentos; Controlar psicotrópicos e fazer os boletins de acordo com a vigilância sanitária; Planejar e coordenar a execução da assistência farmacêutica do município; Coordenar a elaboração da relação de medicamentos padronizados na Relação Municipal de Medicamentos, assim como suas revisões periódicas; Analisar o consumo e a distribuição dos medicamentos; Elaborar e promover os instrumentos necessários, objetivando desempenho adequado das atividades de armazenamento, distribuição, dispensação e controle de medicamentos; Avaliar o custo do consumo dos medicamentos; Realizar supervisão técnico administrativa em unidades municipais no tocante a medicamentos e sua utilização; Realizar

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		treinamento e orientar os profissionais da área, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
FISCAL DE COMÉRCIO	Responsável pela fiscalização do funcionamento e instalação dos estabelecimentos comerciais em geral, atestando irregularidades e tomando às providencias legais cabíveis, dentre outras atividades correlatas.	Fiscalizar a regularidade de instalação, localização e funcionamento das atividades industriais, comerciais, bancárias, prestadores de serviços, eventos, ambulantes, eventual, extrativistas, obras, loteamentos e congêneres, dentre outros, exercidas dentro do município; orientar sobre as normas para regularização das atividades, lavrar, quando necessário, autos previstos nas leis municipais, como: intimação, notificação, multa, embargo, apreensão, fechamento administrativo, dentre outros; preencher relatórios, formulários e demais documentos previstos em normas municipais, principalmente as tributárias; analisar, fundamentar, emitir pareceres conclusivos sobre os autos de processos e demais procedimentos administrativos de sua competência, tudo dentro do prazo legal ou o àquele assinalado pelo superior hierárquico; comunicar sempre por escrito os demais órgãos municipais sobre os fatos encontrados quando das fiscalizações, como a falta de alvarás de funcionamento, sanitários, dentre outros, para que adotem as providências necessárias, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
FISCAL DE MEIO AMBIENTE	Responsável pela fiscalização de áreas ambientais de abrangência municipal, atestando irregularidades e tomando às providências legais cabíveis, dentre outras atividades correlatas.	Exercer ação preventiva e fiscalizadora interna e externa relacionadas ao meio ambiente, observando as normas de proteção ambiental contidas em leis ou em regulamentos específicos; Acompanhar a conservação dos rios, lagos, córregos, flora e fauna de parques e reservas florestais do Município, controlando as ações desenvolvidas e/ou verificando o andamento de práticas, para comprovar o cumprimento das instruções técnicas e de proteção ambiental; Realizar diligências a fim de atender a ocorrências e denúncias relacionadas ao Meio Ambiente quanto ao descumprimento de legislação ambiental federal, estadual e municipal, lavrando autos de infração e fazendo cumprir a legislação sobre meio ambiente; Apurar

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		denúncias, levantando informações in loco e no sistema cartográfico e geográfico da Prefeitura de Igarapava; Notificar, autuar, embargar, apreender materiais, equipamentos e bens e aplicar demais sanções legais que visem ao cumprimento da legislação ambiental no município, inclusive nas situações de maus tratos aos animais; Participar de sindicâncias especiais para instauração de processos ou apuração de denúncias e reclamações; Realizar plantões fiscais e emitir relatórios sobre os resultados das fiscalizações efetuadas; Contatar, quando necessário, órgãos públicos, comunicando a emergência e solicitando socorro; Articular-se com fiscais de outras áreas, bem como com as forças de policiamento, sempre que necessário, dentre outas atividades relacionadas ao cargo.
FISIOTERAPEUTA	Responsável pelo atendimento e avaliação da condição funcional de pacientes, utilizando protocolos e procedimentos específicos da fisioterapia e suas especialidades, aplicando técnicas fisioterapêuticas para prevenção, readaptação e recuperação de pacientes, dentre outras atividades correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Agendar visitas domiciliares de acordo com o setor de atuação; Avaliar a condição física, respiratória e funcional do paciente, mediante a realização de exame físico e de mobilidade geral; Desenvolver atividades fisioterápicas, visando os aspectos educacionais e preventivos no cuidado com a saúde do paciente; Realizar exame físico global e de mobilidade geral no paciente, de acordo com as demandas detectadas; Estabelecer plano de cuidados para o paciente, familiares e/ou cuidador, de acordo com a avaliação realizada, prestando orientações sobre o programa e atividades cotidianas, com objetivo de desenvolver a autonomia dos mesmos no cuidado diário; Agendar monitoramento dos pacientes que estejam com alta supervisionada ou intervir diretamente a partir de solicitações dos cuidadores, familiares e/ou equipe interdisciplinar; Promover, junto à família, orientações referentes a recursos e adaptação de estruturas no domicílio, a fim de garantir a segurança física do cliente nas atividades diárias; Registrar e manter atualizado os prontuários dos pacientes; Executar

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://etcesp.tce.sp.gov.br/autenticar e informe o código: 1D55-0D3C-4D01-0EA4

		as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando manutenção, reparo e/ou reposição, sempre que necessário; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
FONOAUDIÓLOGO	Responsável pela realização de tratamento fonoaudiólogo para prevenção, habilitação e reabilitação de pacientes aplicando protocolos e procedimentos específicos de fonoaudiologia, dentre outas atividades correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Realizar avaliação de triagem em bebês e crianças, a fim de identificar a demanda, traçar plano de trabalho e definir prioridades de atendimento; Realizar atendimento infantil e adultos individualizado, de acordo com a necessidade observada, utilizando técnicas específicas de motricidade orofacial, linguagem, voz e audição, a fim de cumprir com plano de trabalho predefinido; Realizar trabalho preventivo com grupos de pais, cuidadores e rede, a fim de estender o plano de cuidados aos demais ambientes onde a criança convive; Participar de reuniões com equipe multidisciplinar, a fim de discutir casos clínicos e alinhar planos de ação; Realizar acolhimento da família em demandas diversas, tomando providências cabíveis, bem como elaborar relatórios pertinentes, quando solicitado; Registrar a evolução do paciente em documentos próprios, a fim de possibilitar o acompanhamento dos atendimentos pela equipe multidisciplinar; Realizar triagem para saúde auditiva; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Fonoaudiologia; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando manutenção, reparo e/ou reposição, sempre que necessário; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		apresentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atividades correlatas.
INSPETOR DE ALUNOS	Responsável por exercer a fiscalização geral da escola, atendimento dos alunos e análise dos horários de entrada e saída, recreios e outras atividades, bem como outras atribuições correlatas.	Controlar a movimentação dos alunos, no recinto da escola e imediações, orientando-os quanto às normas de comportamento; Informar o Diretor ou responsável pela escola sobre a conduta dos alunos, comunicando as ocorrências; Colaborar na divulgação de avisos e instruções de interesse da administração da escola; Colaborar na execução de atividades cívicas e culturais e trabalhos complementares; Conhecer e estar ciente das normas gerais do Estatuto da Criança e do Adolescente; Atender os alunos em caso de enfermidade ou acidente; Contatar, quando solicitado por superiores, pais de alunos, para recados ou comunicações, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
JARDINEIRO	Responsável pela execução de serviços de jardinagem e arborização em ruas e logradouros públicos, dentre outras atribuições correlatas.	Efetuar a manutenção e conservação de jardins: irrigar e preparar a terra, podar plantas, arbustos e árvores, plantar mudas; executar a preparação e o plantio de mudas de espécimes ornamentais ou frutíferas; capinar e roçar áreas ajardinadas; efetuar poda de árvores e plantas; adubar áreas destinadas ao plantio; manter limpas as áreas ajardinadas; zelar pela guarda e conservação dos equipamentos e materiais utilizados, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
JORNALISTA	Responsável por recolher, redigir, registrar e organizar informações e notícias a serem difundidas, expondo, analisando e comentando os acontecimentos. Fazer seleção, revisão e preparo definitivo das matérias jornalísticas a serem divulgadas em jornais, revistas, televisão,	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Elaborar clipping interno da Instituição, coletando e analisando dados, redigindo textos jornalísticos e divulgando, diariamente, notícias nacionais, visando o alinhamento e atualização das partes interessadas; Responsabilizar-se pela revisão de textos dos comunicados internos e informativos, conforme solicitação, prestando informações pertinentes, visando esclarecimento e divulgação às partes interessadas; Participar do

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	rádio, internet, assessorias de imprensa e quaisquer outros meios de comunicação com o público, dentre outras atribuições correlatas.	processo de elaboração de materiais promocionais impressos e digitais da Instituição, contratando agência de publicidade, verificando layout, qualidade e custos de materiais, encaminhando para autorização do superior imediato, visando à divulgação dos trabalhos da Prefeitura; Responsabilizar-se pelo jornal do município, elaborando a redação, edição e revisão das matérias, visando à publicação em tempo hábil; Responsabilizar-se pelas fotos dos eventos da Instituição, como registro dos mesmos; Responsabilizar-se pelas revisões ortográficas do site da Prefeitura, dos cartazes e jornais, bem como manter atualizadas as informações do site; Analisar pauta da matéria a ser realizada, verificando dados de identificações, contatos, entrevistas, a fim de cumprir objetivos estabelecidos pelo Setor de Comunicação do Município; Apurar dados e informações preliminares sobre a matéria a ser realizada, objetivando a sua inclusão em textos e subsidiar realização de entrevistas; Realizar entrevistas com pessoas pré-selecionadas e/ou público em geral, conduzindo perguntas e questionamentos sobre questões específicas ou esclarecimentos de ocorrências e acontecimentos, objetivando geração de matéria jornalística; Elaborar textos de coberturas de eventos e matérias jornalísticas realizadas, objetivando a divulgação em jornais internos e externos; Zelar pela conservação dos bens patrimoniais, solicitando reparo e/ou reposição, sempre que necessário; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MECÂNICO	Responsável pelo conserto de veículos em geral, efetuando a reparação, manutenção e conservação, visando assegurar as condições de funcionamento,	Consertar veículos em geral, efetuando a reparação, manutenção e conservação do mesmo, visando assegurar suas condições de regular funcionamento; Examinar os veículos, inspecionando, diretamente ou por meio de aparelhos ou banco de provas, para determinar os defeitos e anormalidades de funcionamento; Efetuar a desmontagem, proceder ajustes

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	dentre outras atribuições correlatas.	ou substituições de peças do motor, dos sistemas de freios, de ignição, de direção, de alimentação de combustível, de transmissão e de suspensão, utilizando ferramentas e instrumentos apropriados, para recondicionar o veículo e assegurar o seu funcionamento; Inspecionar o equipamento elétrico do veículo, o alinhamento da direção e a regulagem dos faróis, enviando a oficinas especializadas as partes danificadas, para complementar a manutenção do veículo; Orientar e acompanhar a limpeza e lubrificação de peças e equipamentos, providenciando os acessórios necessários para a execução dos serviços; Efetuar a montagem dos demais componentes do veículo, quando necessário, guiando-se pelos desenhos ou especificações pertinentes, para possibilitar sua utilização; Testar os veículos uma vez consertados ou reparados, para comprovar a eficiência dos resultados dos serviços realizados; Zelar pela guarda e conservação de ferramentas, equipamentos e materiais dos quais se utiliza, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
MÉDICO ESF	Responsável pela prestação de assistência médica nas Unidades Básicas de Saúde, no Programa de Saúde de Família, fazendo visitas médicas domiciliares, bem como elaborar, executar e avaliar planos, programas e subprogramas de saúde pública, dentre outras atribuições correlatas.	No âmbito do Programa da Saúde da Família, realizar anamneses, exames físicos, levantar hipóteses diagnósticas, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou afastar o diagnóstico; Manter registro dos pacientes examinados, anotando a conclusão diagnóstica, o tratamento prescrito e a evolução da doença; Realizar visitas domiciliares, atendimento ambulatorial e visitas a pacientes internados; Prestar atendimento em urgências clínicas; Diagnosticar, precocemente, enfermidades e deficiências; Modificar condutas que coloquem a saúde em risco; Realizar atendimento prioritário à criança através de puericultura e pré-natal; Estimular e respeitar a troca de informações e saberes de forma a propiciar a mudança no quadro sanitário da

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		população; Incentivar a participação da população na conquista de seus direitos plenos de cidadania; Propugnar pela quebra de tabus e estigmas de forma a ensejar o diagnóstico precoce e o tratamento de enfermidades estigmatizadas; Conscientizar a população sobre a importância da saúde ambiental; Promover práticas de educação em saúde, visando, inclusive, garantir a democratização do saber técnico; Implementar programas de saúde da mulher; Utilizar procedimentos metodológicos relativos vigilância sanitária e epidemiológica em participação conjunta com os usuários; Executar, através de sistema de referência e contra referência procedimentos média e alta complexidade; Participar do controle de agravos endêmicos, através de diagnósticos precoces e referenciamento; Participar de tratamentos de habilitação ou reabilitação, quando couber; Promover o tratamento médico de crianças, adolescentes, adultos e idosos, incluindo-se as ações de natureza psicossocial e os programas de hipertensão arterial, diabetes melitus e epilepsia; Determinar terapêutica familiar; Identificar e sanar agravos da infância, desde procedimentos pré-natais, pós-nascimentos, bem como o acompanhamento de seu desenvolvimento através das ações de puericultura; Realizar, em conjunto com a equipe básica de saúde da família, o cadastramento de sua área de atuação; Identificar estruturas de acesso ao público como escolas ou igrejas que possam servir de local para palestras; Identificar os setores mais críticos onde a atuação da equipe se faz mais necessária; Estudar e discutir com outros segmentos do órgão de saúde, a necessidade da padronização da farmácia básica municipal de forma a fornecer a cota mensal de medicamentos de uso contínuo, necessários ao controle de pacientes crônicos, integrantes dos diversos programas e prioritariamente aos programas de atendimento a gestantes e pacientes portadores de hipertensão, diabetes e epilepsia; Estabelecer planos de ação de saúde; Prescrever medidas higiênico-dietéticas; Prescrever imunizações; Ministrar tratamentos preventivos; Rastrear doenças prevalentes; Implementar medidas de biossegurança; Implementar medidas de saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		ambiental; Promover campanhas de saúde; Promover atividades educativas; Promover ações de controle de vetores e zoonoses; Encaminhar pacientes para atendimento especializado, quando for o caso; Assessorar a elaboração de campanhas educativas no campo da saúde pública e medicina preventiva; Participar do desenvolvimento e execução de planos de fiscalização sanitária; Proceder a perícias médico-administrativas, examinando os doentes, a fim de fornecer atestados e laudos previstos em normas e regulamentos; Participar, juntamente com os profissionais das áreas de saúde, segurança, justiça e psicologia, dos programas federais, estaduais e municipais instituídos a partir da edição do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA; Planejar e apoiar ações destinadas ao suporte de crianças e adolescentes infratores que estejam em cumprimento de medidas socioeducativas; Atender crianças e adolescentes em situação de risco ou em conflito com a lei; Planejar, em articulação com demais organismos, governamentais ou não, envolvidos, ações destinadas à proteção de crianças e adolescentes violados ou ameaçados em seus direitos e ao atendimento daqueles que ameaçam ou violam o direito de terceiros; Identificar fontes de recursos destinadas ao financiamento de programas e projetos em sua área de atuação e propor medidas para a captação destes recursos bem como acompanhar elou participar da execução dos programas e projetos, supervisionando e controlando a aplicação dos recursos; Orientar servidores em sua área de atuação para apuração de todos os procedimentos executados, apurando seus resultados e efetuando o lançamento para efeito de registro e cobrança do SUS ou de outros órgãos conveniados; Elaborar pareceres, informes técnicos e relatórios, realizando pesquisas, entrevistas, fazendo observações e sugerindo medidas para implantação, desenvolvimento aperfeiçoamento de atividades em sua área de atuação; Participar das atividades de treinamento e aperfeiçoamento de pessoal técnico e auxiliar, realizando-as em serviço ou ministrando aulas e palestras, a fim de contribuir para o desenvolvimento qualitativo dos recursos humanos em sua área de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		atuação; Participar de grupos de trabalho e/ou reuniões com unidades da Prefeitura e outras entidades públicas e particulares, realizando estudos, emitindo pareceres ou fazendo exposições sobre situações e/ou problemas identificados, opinando, oferecendo sugestões, revisando e discutindo trabalhos técnico-científicos, para fins de formulação de diretrizes, planos e programas de trabalho afetos ao Município; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Participar das atividades administrativas, de controle e de apoio referentes à sua área de atuação, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
MÉDICO (4 HORAS)	Responsável pela prestação de tarefas que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Realizar visitas domiciliares, atendimento ambulatorial e visitas a pacientes internados; Atender, orientar e acompanhar os pacientes, efetuando exames clínicos, prescrevendo exames complementares, emitindo diagnósticos e prescrevendo medicamentos ou outros tratamentos indicados, visando o tratamento de doenças e a manutenção da saúde; Efetuar exames clínicos e emitir pareceres médicos periciais, mediante solicitação judicial, a fim de tratar, acompanhar e avaliar a saúde dos pacientes; Participar e orientar o planejamento, execução, acompanhamento, avaliação e controle de programas de saúde nas áreas de educação, prevenção e cura, fornecendo dados para levantamentos estatísticos sobre incidência de patologias e registrando os dados de produção da sua área, visando prestar informações básicas para prover a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://etcesp.tce.sp.gov.br/autenticar e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		saúde dos pacientes; Efetuar e orientar intervenções invasivas ou cirúrgicas de urgência, a fim de promover a saúde dos pacientes através de técnicas adequadas; Preencher os prontuários dos pacientes de forma clara, objetiva, legível, atualizada e organizada, visando assegurar informações fidedignas, a fim de prestar um serviço de qualidade; Alimentar, de forma correta, o sistema de gerenciamento da área de saúde; Assegurar o sigilo das informações de acordo com os critérios de conduta ética; Manter registros e controles estatísticos sobre os atendimentos realizados, visando o acompanhamento e avaliação de metas físicas e financeiras; Orientar, acompanhar e ministrar palestras, visando à diminuição progressiva da demanda de ações curativas de saúde; Participar de equipes multidisciplinares, em buscados melhores resultados tanto em qualidade quanto em produtividade; Representar, quando necessário, a Instituição em órgãos internos e externos, públicos e privados, dentro de sua área de atuação, no encaminhamento e solução de questões relativas aos interesses da mesma; Zelar pela conservação de equipamentos, instrumentos, bens patrimoniais e materiais de consumo colocados à sua disposição, solicitando manutenções, reparos e reposição junto às áreas competentes, sempre que necessário; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Apoiar a liderança em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando e discutindo problemas e irregularidades, a fim de subsidiar a definição de procedimentos e ações a serem adotadas; Cumprir as normas de segurança no trabalho, utilizando-se dos equipamentos de proteção individual e coletiva, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
MÉDICO CARDIOLOGISTA	Responsável pela prestação de tarefas na área de cardiologia que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico,	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de cardiologia, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área de cardiologia; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Prescrever medicamentos, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR	Responsável pela prestação de tarefas que se destinam a efetuar intervenções cirúrgicas e avaliações nos pacientes, fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

	medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos, intervenções cirúrgicas na área vascular; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
MÉDICO CLÍNICO GERAL	Responsável pela prestação de tarefas que se destinam a atender as demandas de clínica geral e avaliações nos pacientes, fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade, utilizando toda a sua capacidade técnica

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

	de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Atender a demanda de clínica geral das Unidades de Saúde (Postos de Saúde, Santa Casa ou outro local indicado) do município; Efetuar exames médicos e emitir diagnósticos clínicos; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
MÉDICO DERMATOLOGIA	Responsável pela prestação de tarefas na área de dermatologia que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de dermatologia, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

	paciente, dentre outras atribuições correlatas.	comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos e emitir diagnósticos intervenções na área dermatológica; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO DO TRABALHO	Responsável pela prestação de tarefas na área de saúde ocupacional dos servidores, efetuando exames médicos admissionais, periódicos, mudança de função, retorno ao trabalho, consultas e atendimentos de urgência, além de trabalhos de prevenção e combate as doenças regionais, visando garantir boas condições físicas dos mesmos, dentre outras atribuições correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Realizar exames médicos ocupacionais de avaliação clínica (admissão, demissão e periódicos), análise de exames complementares e emissão de Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, visando assegurar a integridade física, mental, social e a aptidão do servidor para o posto de trabalho; Solicitar perícias médicas junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, em casos de suspeita de doenças profissionais, ou em processos trabalhistas; Acompanhar os casos de afastamentos pelo INSS, elaborando relatórios e atestados de comprovação da capacidade ou incapacidade física para o afastamento ou retorno das atividades laborais; Acompanhar as servidoras em retorno da licença maternidade, procedendo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		aos exames pertinentes, a fim de autorizar o retorno às atividades laborais; Acompanhar o controle do recebimento de atestados médicos, analisando e validando os mesmos, para que seja, ou não autorizado os abonos dos dias ausentes; Responder pelo controle estatístico de itens relacionados à saúde como acidentes de trabalho, número de atendimentos, doenças ocupacionais, exames médicos ocupacionais, bem como controlar os índices de absenteísmo e afastamentos; Acompanhar a ocorrência de acidentes de trabalho, efetuando o preenchimento do campo médico da Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT; Participar da elaboração da programação periódica de campanhas de saúde, preventivas e educativas, assim como ministrar palestras e/ou elaborar informes de conscientização quanto aos riscos e prevenção de doenças ocupacionais; Realizar levantamentos funcionais, inspecionando e analisando os postos de trabalho na Prefeitura Municipal de Igarapava, visando melhorar os aspectos ergonômicos e prevenir doenças ocupacionais; Recomendar remanejamento de servidor, em função das condições de saúde, para compatibilização com a função exercida; Elaborar laudos periciais sobre acidente de trabalho, profissionais e condição de insalubridade; Apoiar o superior imediato em assuntos inerentes à sua área de atuação, apresentando e discutindo problemas e irregularidades, bem como implantar melhorias de acordo com as necessidades da unidade de trabalho, visando atender às expectativas da Prefeitura, quanto aos índices de produtividade, redução dos custos e maximização dos resultados; Assegurar a conservação dos bens patrimoniais, solicitando manutenção, reparo e/ou reposição, sempre que necessário, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA	Responsável pela prestação de tarefas na área de endocrinologia que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico,	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de endocrinologia, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções da área da endocrinologia; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA	Responsável pela prestação de tarefas na área de gastroenterologia que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de gastroenterologia, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área da gastroenterologia; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO GINECOLOGISTA/ OBSTETRA	Responsável pela prestação de tarefas na área de ginecologia/obstetra que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	indivíduo sob sua responsabilidade na área de ginecologia/obstetra, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área da ginecologia obstétrica; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO NEUROLOGISTA	Responsável pela prestação de tarefas na área de neurologia que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de neurologia, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://etce.tce.sp.gov.br/5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

	paciente, dentre outras atribuições correlatas.	diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área da neurologia; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO OFTALMOLOGISTA	Responsável pela prestação de tarefas na área de oftalmologia que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de neurologia, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área da oftalmologia; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO ORTOPEDISTA	Responsável pela prestação de tarefas na área de ortopedia que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de ortopedia, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área da ortopedia; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	Responsável pela prestação de tarefas na área de otorrinolaringologia que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de otorrinolaringologia, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área da otorrinolaringologia; Prescrever

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO PEDIATRA	Responsável pela prestação de tarefas na área de pediatria que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de pediatria, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área da pediatria; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO PSIQUIATRA	Responsável pela prestação de tarefas na área de psiquiatria que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de psiquiatria, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área de psiquiatria; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificação da assinatura acesse https://www.tce.sp.gov.br/validar-documento-digital e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO REUMATOLOGISTA	Responsável pela prestação de tarefas na área de reumatologia que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de reumatologia, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área da reumatologia; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://etce.tce.sp.gov.br/autenticar e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA	Responsável pela prestação de tarefas na área de ultrassonografia que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área da ultrassonografia; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de ultrassonografia, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.
MÉDICO UROLOGISTA	Responsável pela prestação de tarefas na área de urologia que se destinam a fazer exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e o bem-estar do paciente, dentre outras atribuições correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Prestar serviços de saúde, por meio de ações educativas, preventivas e curativas aos pacientes ou em eventos da Prefeitura; Responder técnica, administrativa e judicialmente perante os Conselhos específicos da categoria, a Secretaria Municipal de Saúde e à Vigilância Sanitária, sempre que convocado pela Prefeitura; Prestar assistência integral à saúde do indivíduo sob sua responsabilidade na área de urologia, utilizando toda a sua capacidade técnica profissional e dos meios propedêuticos, de apoios diagnósticos, cirúrgicos e terapêuticos existentes e reconhecidos pela comunidade médica científica no modelo mundial, bem como desenvolver ações no âmbito da Saúde Coletiva, direta ou indiretamente, na busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, para conseguir melhor qualidade de vida à população; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos e intervenções na área da urologia; Prescrever medicamentos e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Examinar o paciente, palpando ou utilizando instrumentos especiais, utilizando de propedêutica armada para determinar diagnóstico ou, se necessário, requisitar exames complementares e encaminhá-lo para atendimento especializado; Analisar e interpretar resultados de exames diversos, comparando-os com os padrões normais, para confirmar ou informar o diagnóstico; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética do Conselho Regional de Medicina; Prescrever medicamentos, dentre outras atividades relacionadas ao cargo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas clique no link: https://validar.iti.gov.br
ICP Brasil

MÉDICO VETERINÁRIO	Responsável por praticar clínica médica veterinária em todas as suas especialidades, planejamento e execução de campanhas e serviços de fomento e assistência técnica relacionada com a saúde animal e saúde pública, dentre outras atribuições correlatas.	Proceder à profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças animais, realizando exames clínicos e de laboratório para assegurar a sanidade individual e coletiva desses animais, bem como intervenção cirúrgica, se for o caso; Promover a fiscalização sanitária nos locais de produção, manipulação, armazenamento e comercialização dos produtos de origem animal; Proceder o controle de zoonoses, efetivando levantamentos de dados, avaliações epidemiológicas e programas, para possibilitar a profilaxia dessas doenças; Participar da elaboração e coordenação de programas de combate e controle de vetores, incluindo roedores e raiva animal; Realizar eutanásia, quando tecnicamente indicável de acordo com a legislação que rege a matéria; Realizar investigação epidemiológica de zoonoses e antropozoonoses; Promover a educação ambiental; Avaliar condições de bem-estar animal; Atuar na direção dos segmentos da administração pública relacionados às ciências veterinárias; Participar de análises e avaliação de riscos ambientais; Elaborar, desenvolve e executar estratégias, de controle populacional e bem-estar animal, visando reduzir a incidência e a prevalência de zoonoses, agravo à saúde e ao meio ambiente; promover ações em articulação com outros órgãos, pessoas ou entidades; Auxiliar nas pesquisas no campo da biologia e da etologia; Participar na formulação de políticas públicas; Elaborar, desenvolve e participar na promoção de eventos, material didático e técnico, ministrando cursos e palestras com a finalidade de informar o munícipe sobre as medidas de controle sanitário/epidemiológico/ambiental, bem como representação de órgãos públicos e entidades privadas, junto aos mesmos; Controlar a apreensão de cães vadios e outros animais errantes; Notificar à autoridade competente nos casos suspeitos de maus-tratos ou violência contra animais; Assessorar a elaboração de campanhas educativas no campo da saúde pública; Coordenar campanhas de vacinação animal; Interagir com o setor de fiscalização da Prefeitura, no que tange a fiscalização sanitária; Notificar doenças de interesse animal, efetuando levantamento de dados, avaliação

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		sanitária/epidemiológica e pesquisas, para possibilitar o controle sanitário da população animal; observar as normas do Código de Ética do Médico Veterinário, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
MESTRE DE OBRAS	Responsável por supervisionar, coordenar e orientar trabalhos rotineiros de construção de obras em geral, dentre outras atribuições correlatas.	Exercer o controle funcional da instalação de equipamentos; Orientar e coordenar as atividades dos trabalhadores sob sua responsabilidade na reabilitação de obras de construção, manutenção e reparação de circuitos elétricos, fabricação e produção ou distribuição de energia, serviços de arborização e jardinagem em vias e logradouros públicos e em parques, jardins e próprios municipais; Fazer observar as rotinas de prazos estabelecidos e propor as alterações convenientes ou a aplicação de novos processos de trabalho para solução de problemas de aperfeiçoamento ou de produtividade; Orientar os servidores de categoria inferior, assistindo-os nas suas dificuldades funcionais; Aplicar medidas recomendadas ou necessárias nos trabalhos a seu cargo, sob requisição, recebimento, verificação, distribuição e emprego de materiais; Interpretar plantas, gráficos e escalas constantes do projeto, para orientar a equipe quanto à execução dos trabalhos; Acompanhar a realização do trabalho, solucionando problemas, redistribuindo tarefas, remanejando pessoal, controlando qualidade e quantidade trabalho realizado com o fim de possibilitar o cumprimento do cronograma e das especificações técnicas do projeto; Verificar, controlar e efetuar reparos em obras, substituindo e/ou reparando peças ou adotando providências necessárias; Exercer a fiscalização constante sobre a higiene, limpeza e ordem nos locais de trabalho, bem como sobre a conservação do material e das máquinas e observâncias de medidas de segurança contra acidentes; Aplicar medidas recomendadas ou necessárias nos trabalhos a seu cargo, sob requisição, recebimento, verificação, distribuição e emprego de materiais; Providenciar orçamentos e croquis, dentre outras atribuições relacionadas com o cargo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

MOTORISTA	Responsável pela condução automóveis, ambulâncias, caminhonetes, caminhões, ônibus e outros veículos de transporte de passageiros e cargas, dentre outras atribuições correlatas.	Dirigir automóveis, ambulâncias, caminhonetes, caminhões, ônibus e outros veículos de transporte de passageiros e cargas, conduzindo-os em trajeto determinado de acordo com as normas de trânsito e instruções fornecidas pela Administração Pública Municipal; Verificar diariamente as condições de funcionamento do veículo, antes de sua utilização: pneus, água do radiador, bateria, nível do óleo, sinaleiros, freios, embreagem, faróis, abastecimento de combustível etc; Verificar se a documentação do veículo a ser utilizada está completa, bem como devolvê-la à chefia imediata quando do término da tarefa; Orientar o carregamento e descarregamento de cargas com o fim de manter o equilíbrio do veículo e evitar danos dos materiais transportados; Auxiliar nas atividades de carga de materiais e equipamentos quando se fizer necessário; Zelar pela segurança de passageiros verificando o fechamento de portas e o uso de cintos de segurança; Fazer pequenos reparos de urgência; Manter os veículos em condições de higiene adequadas para o uso ao qual se destinam, interna e externamente, levando-o à manutenção sempre que possível e necessário; Observar os períodos de revisão e manutenção preventiva do veículo; Anotar, segundo normas estabelecidas, a quilometragem rodada em viagens realizadas, objetos e pessoas transportados, itinerários e outras ocorrências; Recolher o veículo após o serviço, deixando-o corretamente no estacionado pré-estabelecido; Conduzir os servidores da Prefeitura, em lugar e hora determinados, conforme itinerário estabelecido ou instruções específicas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
MOTORISTA - CLT	Responsável pela condução automóveis, ambulâncias, caminhonetes, caminhões, ônibus e outros veículos de transporte de passageiros e cargas, dentre outras atribuições correlatas.	Dirigir automóveis, ambulâncias, caminhonetes, caminhões, ônibus e outros veículos de transporte de passageiros e cargas, conduzindo-os em trajeto determinado de acordo com as normas de trânsito e instruções fornecidas pela Administração Pública Municipal; Verificar diariamente as condições de funcionamento do veículo, antes de sua utilização: pneus, água do radiador, bateria, nível do óleo, sinaleiros, freios, embreagem, faróis,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		abastecimento de combustível etc; Verificar se a documentação do veículo a ser utilizada está completa, bem como devolvê-la à chefia imediata quando do término da tarefa; Orientar o carregamento e descarregamento de cargas com o fim de manter o equilíbrio do veículo e evitar danos dos materiais transportados; Auxiliar nas atividades de carga de materiais e equipamentos quando se fizer necessário; Zelar pela segurança de passageiros verificando o fechamento de portas e o uso de cintos de segurança; Fazer pequenos reparos de urgência; Manter os veículos em condições de higiene adequadas para o uso ao qual se destinam, interna e externamente, levando-o à manutenção sempre que possível e necessário; Observar os períodos de revisão e manutenção preventiva do veículo; Anotar, segundo normas estabelecidas, a quilometragem rodada em viagens realizadas, objetos e pessoas transportados, itinerários e outras ocorrências; Recolher o veículo após o serviço, deixando-o corretamente no estacionado pré-estabelecido; Conduzir os servidores da Prefeitura, em lugar e hora determinados, conforme itinerário estabelecido ou instruções específicas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
NUTRICIONISTA	Responsável pelo planejamento, coordenação e supervisão de serviços ou programas de nutrição e alimentação, avaliando o estado de carências nutricionais da comunidade para elaboração de cardápios específicos, dentre outras atribuições correlatas.	Responsável por supervisionar, controlar e fiscalizar o preparo, a distribuição e o armazenamento das merendas nas escolas, a fim de contribuir para a melhoria proteica; Planejar e elaborar o cardápio semanalmente, baseando-se na aceitação dos alimentos pelos comensais, para oferecer refeições balanceadas e evitar desperdícios; Elaborar dietas e orientar e supervisionar o preparo, a distribuição e o armazenamento das refeições, para possibilitar um melhor rendimento do serviço; Programar e desenvolver treinamento com os servidores, realizando reuniões e observando o nível de rendimento, de habilidade, de higiene e de aceitação dos alimentos, para racionalizar e melhorar o padrão técnico dos serviços; Elaborar relatório mensal, baseando-se nas informações recebidas para estimar o custo médio da alimentação; Zelar pela ordem e manutenção da qualidade e higiene dos gêneros

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		alimentícios; Orientar e supervisionar a elaboração dos alimentos a serem distribuídos, para assegurar à sua qualidade nutritiva; Planejar, organizar, dirigir, supervisionar, avaliar os serviços de alimentação e nutrição do PAT; Realizar e promover a educação nutricional e alimentar ao trabalhador em instituições públicas, por meio de ações, programas e eventos, visando à prevenção de doenças e promoção e manutenção de saúde; Prestar assistência dietética e promover educação nutricional a indivíduos, sadios ou enfermos, em nível hospitalar, ambulatorial, domiciliar e em consultórios de nutrição e dietética, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde; Prestar assistência e educação nutricional a coletividades ou indivíduos sadios, ou enfermos, através de ações, programas, pesquisas e eventos, direta ou indiretamente relacionados à alimentação e nutrição, visando à prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde relacionadas ao cargo; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o Código de Ética e Conduta dos Nutricionistas; Elaborar relatórios e comunicas, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
OFICIAL ADMINISTRATIVO	Responsável pela execução de atividades de suporte à gestão administrativa, como lidar com documentos oficiais e importantes para o funcionamento da administração pública, redigir e digitar textos, memorandos, ofícios, relatórios e correspondências diversas, efetuar e elaborar relatórios e quadros estatísticos observando a estética e padrões a fim de atender as necessidades administrativas,	Executar atividades de suporte à gestão dos processos administrativos conforme exigências das diferentes áreas de atuação. Prestar qualquer tipo de apoio relacionada à sua área de atuação como: controle, guarda, recepção e distribuição de materiais e documentos, mantendo o controle e registro dessas atividades; Executar atividades de digitação e expedição de correspondências; Manuseia fax, copiadoras e outros equipamentos de uso em unidades administrativas e operacionais da área de atuação; Zelar pela adoção de procedimentos relacionados à organização e conservação de documentos e arquivos, de acordo com procedimentos da área, bem como recebimento, registro, classificação e distribuição de documentos e controle de sua movimentação; Executar demais tarefas necessárias à guarda, conservação e ao arquivamento de documentos, assim como relativas à prestação de informações sobre os mesmos; Preparar e fornecer informações

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

	dentre outras atribuições correlatas.	pertinentes à sua unidade; Executar despachos administrativos e operacionalizar sistemas internos; Solicitar a reposição de materiais quando necessário; Desenvolver atividades em meios eletrônicos; Atender ao público interno e externo, Proceder a estudos específicos, coletando e analisando dados e examinando trabalhos especializados sobre administração, para colaborar nos trabalhos técnicos relativos a projetos básicos de ação; Atualizar-se em questões relativas à aplicação de leis e regulamentos sobre assuntos de pessoal; Orientar a aplicação de normas gerais, baseando-se em leis e decretos governamentais; Tomar parte em estudos referentes a atribuições de cargos, funções e empregos e à organização de novos quadros de servidores; Participar de Projetos ou planos de organização dos serviços administrativos, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
OFICIAL ADMINISTRATIVO - CLT	Responsável pela execução de atividades de suporte à gestão administrativa, como lidar com documentos oficiais e importantes para o funcionamento da administração pública, redigir e digitar textos, memorandos, ofícios, relatórios e correspondências diversas, efetuar e elaborar relatórios e quadros estatísticos observando a estética e padrões a fim de atender as necessidades administrativas, dentre outras atribuições correlatas.	Executar atividades de suporte à gestão dos processos administrativos conforme exigências das diferentes áreas de atuação. Prestar qualquer tipo de apoio relacionada à sua área de atuação como: controle, guarda, recepção e distribuição de materiais e documentos, mantendo o controle e registro dessas atividades; Executar atividades de digitação e expedição de correspondências; Manuseia fax, copiadoras e outros equipamentos de uso em unidades administrativas e operacionais da área de atuação; Zelar pela adoção de procedimentos relacionados à organização e conservação de documentos e arquivos, de acordo com procedimentos da área, bem como recebimento, registro, classificação e distribuição de documentos e controle de sua movimentação; Executar demais tarefas necessárias à guarda, conservação e ao arquivamento de documentos, assim como relativas à prestação de informações sobre os mesmos; Preparar e fornecer informações pertinentes à sua unidade; Executar despachos administrativos e operacionalizar sistemas internos; Solicitar a reposição de materiais quando necessário; Desenvolver atividades em meios eletrônicos; Atender ao público interno e externo, Proceder a estudos específicos, coletando e analisando

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		dados e examinando trabalhos especializados sobre administração, para colaborar nos trabalhos técnicos relativos a projetos básicos de ação; Atualizar-se em questões relativas à aplicação de leis e regulamentos sobre assuntos de pessoal; Orientar a aplicação de normas gerais, baseando-se em leis e decretos governamentais; Tomar parte em estudos referentes a atribuições de cargos, funções e empregos e à organização de novos quadros de servidores; Participar de Projetos ou planos de organização dos serviços administrativos, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
OPERADOR DE ÁGUA - CLT	Responsável pela observação e controle da vazão necessária ao abastecimento de águas, manutenções preventivas e corretivas necessárias, dentre outras atribuições correlatas.	Fazer o controle da vazão da água tratada distribuída à população; Realizar, sob supervisão, a análise da água a ser distribuída à população; Efetuar a manutenção do equipamento, lubrificando os órgãos móveis das máquinas e executando regulagens e pequenos reparos, para conservá-los em bom estado; Registrar os dados observados, anotando as quantidades bombeadas, a utilização dos equipamentos e outras ocorrências, para permitir o controle das operações; Acionar as válvulas e comandos do sistema, manipulando comutadores, alavancas e volantes, para colocar as turbo bombas e motobombas em funcionamento; Controlar o funcionamento da instalação, lendo e interpretando as marcações dos indicadores e observando o desempenho de seus componentes, para verificar as condições de pressão, nível e volume do material transladado e descobrir eventuais falhas no equipamento; Promover e/ou fazer a coleta de amostra de água para exame em laboratório; Fazer o controle dos registros de distribuição de água à população; Fazer a leitura diária das bombas; Promover e/ou efetuar a manutenção e conserto das bombas, motores, equipamentos e outros aparelhos, para conservá-los em perfeito estado de funcionamento; Operar as instalações de reservatório de tratamento de água, dirigindo seu fluxo, misturando-lhe substâncias químicas e filtrando-a para purificá-la e torna-la adequada ao uso doméstico e industriais; Elaborar relatórios e comunicados, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

OPERADOR DE ESTRADA - CLT	Responsável pela manutenção e conservação de estradas municipais em que sejam utilizados os recursos de trabalho disponíveis, em conformidade com as normas, padrões, orientações e recomendações oriundas dos responsáveis pela unidade de trabalho, dentre outras atribuições correlatas.	Executar serviços de manutenção e conservação de vias e estradas de abrangência municipal, inclusive de forma auxiliar, quando a manutenção ou conservação da estrada for realizada por máquina ou equipamento especializado; Carregar e descarregar caminhões; Zelar pela guarda, conservação e limpeza das ferramentas, instrumentos e demais materiais de trabalho; Executar as demais atividades que sejam necessárias à conservação de estradas municipais enquadráveis no âmbito de responsabilidade do cargo, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
OPERADOR DE MÁQUINA	Responsável pela execução de trabalhos de operação de veículos semipesados/pesados, bem como, seus implementos, dentre outras atribuições correlatas.	Operar máquinas da construção civil, tratores e reboques, para escavar, nivelar, aplainar e compactar terra e materiais similares, roçada de terrenos e limpeza de vias, praças e jardins; Conduzir e manobrar a máquina, acionado o motor e manipulando os comandos de marcha e direção, para posicioná-la conforme as necessidades do serviço; Operar mecanismos de tração e movimentação dos implementos das máquinas, acionando pedais e alavancas de comando, para carregar ou descarregar terra, areia, cascalho, pedras e materiais similares e desobstrução de vias públicas; Operar mecanismos de tração e movimentação dos implementos da máquina, acionando pedais e alavancas de comando para arar a terra, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
OPERADOR DE MÁQUINA – CLT	Responsável pela execução de trabalhos de operação de veículos semipesados/pesados, bem como, seus implementos, dentre outras atribuições correlatas.	Operar máquinas da construção civil, tratores e reboques, para escavar, nivelar, aplainar e compactar terra e materiais similares, roçada de terrenos e limpeza de vias, praças e jardins; Conduzir e manobrar a máquina, acionado o motor e manipulando os comandos de marcha e direção, para posicioná-la conforme as necessidades do serviço; Operar mecanismos de tração e movimentação dos implementos das máquinas, acionando pedais e alavancas de comando, para carregar ou descarregar terra, areia, cascalho, pedras e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		materiais similares e desobstrução de vias públicas; Operar mecanismos de tração e movimentação dos implementos da máquina, acionando pedais e alavancas de comando para arar a terra, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
ORIENTADOR SOCIAL	Responsável pela realização de planejamento de atividades e ações voltadas aos interesses do CRAS, sob orientação do Responsável pelo CRAS.	Realizar, sob orientação do Responsável pelo CRAS, planejamento das atividades, facilitar o processo de integração do coletivo, desenvolver os conteúdos e atividades atribuídos no tragado metodológico do Serviço de Conveniência e Fortalecimento de Vínculos, registrar a frequência diária dos Usuários do SCFV, acompanhar o desenvolvimento e oficinas e atividades ministradas por outros profissionais, participar de reuniões sistemáticas com familiares Serviço e proteção e Atendimento Integral à Família-PAIF, mediar os processos grupais, fomentando a participação democrática das famílias referenciadas ao CRAS e sua organização, no sentido do alcance dos objetivos do serviço socioeducativo de convívio; avaliar o desempenho dos Usuário no serviço socioeducativo informando ao CRAS as necessidades de acompanhamento individual e familiar; atuar como interlocutor do serviço socioeducativo junto a rede socioassistencial, em assuntos que prescindam da presença do Coordenador do CRAS, encarregado da articulação interinstitucionais; participar de reuniões sistemáticas com técnico de referência do CRAS; busca ativa, para organização dos núcleos.
PEDREIRO	Responsável pela execução trabalhos de alvenaria em geral, assentamento de pedras, tijolos, telhas, pisos, dentre atribuições correlatas.	Executar serviços de demolição, construção de alicerces, assentamentos de tijolos ou blocos, colocação de armações de esquadrias, instalação de peças sanitárias, conserto de telhado e acabamento em obras; Executar trabalhos de concreto armado, misturando cimento, brita, areia e água, nas devidas proporções, fazendo a armação, dispondo, traçando e prendendo com arame as barras de ferro; Construir alicerces para a base das paredes, muros e construções similares; Armar e desmontar andaimes de madeira ou

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificação da assinatura acesse www.tce.sp.gov.br e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		metálicos; Fazer armações de ferragens, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
PINTOR	Responsável pela execução de serviços de pintura em geral, dentre outras atribuições correlatas.	Preparar e pintar superfícies externas e internas de edifícios, prédios, imóveis, praças, calçadas, canteiros e outras obras civis de âmbito municipal, visando à manutenção e conservação dos próprios municipais; Raspar e lixar superfícies externas e internas de edifícios, prédios, imóveis praças, canteiros e outras obras civis de âmbito municipal; Manusear tintas, equipamentos e materiais de pintura, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
PROCURADOR MUNICIPAL	Responsável pela prestação de assistência em assuntos de natureza jurídica, bem como representar judicial e extrajudicialmente o Município, em todos os órgãos administrativos, juízos e instâncias, dentre outras atribuições correlatas.	Responsável pela prestação de assistência em assuntos de natureza jurídica, bem como representar judicial e extrajudicialmente o Município de Igarapava/SP; Zelar pelo cumprimento da Constituição da República Federativa do Brasil, da Constituição Estadual de São Paulo e da Lei Orgânica Municipal, bem como pelos preceitos fundamentais delas decorrentes; Representar o Município de Igarapava/SP e prover a defesa de seus interesses em qualquer instância judicial, nas causas em que for autor, réu, assistente, opoente, terceiro interveniente ou, por qualquer forma, interessado; Propor ação, desistir, confessar, compromissar, receber e dar quitação; Emitir parecer sobre questões jurídicas que lhe sejam submetidas pelos órgãos municipais; Assessorar a administração pública municipal nos atos relativos à aquisição, alienação, cessão, aforamento, locação, entrega e outros concernentes a imóveis do patrimônio do Município; Representar a administração pública municipal direta junto aos órgãos encarregados da fiscalização orçamentária e financeira do Município; Examinar as ordens e sentenças judiciais cujo cumprimento dependa da autorização do Prefeito ou de outra autoridade do Município; Promover, junto aos órgãos competentes, as medidas destinadas à cobrança da dívida ativa do Município; Minutar contratos, convênios, acordos e, quando solicitado, exposição de motivos, razões de veto, memoriais ou outras quaisquer peças de natureza jurídica; Promover a expropriação amigável ou judicial de bens declarados de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

		utilidade pública, necessidade pública e interesse social; Preparar as informações que devam ser prestadas em mandado de segurança pelo Prefeito e supervisionar a elaboração de informações nos mandados de segurança impetrados contra as demais autoridades municipais; Propor ao Prefeito projetos e alterações de atos legislativos, revogação ou declaração de nulidade de atos administrativos; Representar junto a Conselhos diversos; Requisitar a qualquer Secretaria ou Departamento Municipal ou órgão da administração indireta, certidões, cópias, exames, diligências, perícias, informações e esclarecimentos necessários ao cumprimento de suas finalidades, tendo prioridade de atendimento; Zelar pela observância das leis e atos emanados dos poderes públicos; Prestar assessoria e consultoria técnica jurídica à administração pública municipal direta, quando for solicitado; Promover ações civis públicas para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente, das finanças públicas, do consumidor e de outros interesses difusos e coletivos, e ações de improbidade administrativa, ou a habilitação Municipal, como litisconsorte de qualquer das partes nessas ações; Estabelecer princípios e diretrizes para o funcionamento do Sistema de Advocacia Municipal; Propor orientação jurídico-normativa para a Administração Pública Municipal, que adquirirá caráter vinculativo se aprovado pelo Chefe do Poder Executivo; Zelar pela probidade administrativa e exercer função de controle de seus atos, respeitadas as competências dos controles já constituídos, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
PSICÓLOGO	Responsável pela aplicação do conhecimento no campo da psicologia para o planejamento e execução de atividades nas áreas clínica, social, educacional e do	Proceder ao estudo e avaliação dos mecanismos de comportamento humano, laborando e aplicando técnicas psicológicas, como testes para a determinação de características afetivas, intelectuais, sensoriais ou motoras e outros métodos de verificação, para possibilitar a orientação, seleção e treinamento no campo profissional e o diagnóstico e terapia clínica; Proceder à formulação de hipóteses e à sua comprovação experimental, observando a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	trabalho, dentre outras atribuições correlatas.	realidade e efetivando experiências de laboratório e de outra natureza, para obter elementos relevantes ao estudo dos processos de crescimento, inteligência, aprendizagem, personalidade e outros aspectos do comportamento humano e animal; Analisar influência dos fatores hereditários, ambientais e de outra espécie que atuam sobre o indivíduo, entrevistando o paciente, consultando sua ficha de atendimento, aplicando testes, elaborando psicodiagnóstico e outros métodos de verificação, para orientar-se no diagnóstico e tratamento psicológico de certos distúrbios emocionais e de personalidade; Promover a correção de distúrbios psíquicos, estudando características individuais e aplicando técnicas adequadas, para restabelecer os padrões normais de comportamento e relacionamento humano; Elaborar e aplicar testes, utilizando seu conhecimento e prático dos métodos psicológicos, para determinar o nível de inteligência, faculdades, aptidões, traços de personalidade e outras características pessoais, possíveis desajustamentos ao meio social ou de trabalho ou outros problemas de ordem psíquica, e recomendar a terapia adequada; Participar na elaboração de análises ocupacionais, observando as condições de trabalho e as funções e tarefas típicas de cada ocupação, para identificar as aptidões, conhecimentos e traços de personalidade compatíveis com as exigências da ocupação e estabelecer um processo de seleção e orientação no campo profissional; Efetuar o recrutamento, seleção, treinamento, acompanhamento e avaliação de desempenho do pessoal e a orientação profissional, promovendo entrevistas, elaborando e aplicando testes, provas e outras verificações, a fim de fornecer dados a serem utilizados nos serviços de emprego, administração de pessoal e orientação individual; Atuar no campo da educação, exercendo atividades de Psicologia em consonância com a política educacional federal, estadual e municipal, bem como as normativas do Ministério da Educação; Atuar no campo da saúde, exercendo atividades de Psicologia em consonância com a política pública de saúde e do Sistema Único de Saúde; Atuar no campo do desenvolvimento e assistência social, exercendo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

		atividades de Psicologia em consonância com a política pública de Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social; Atuar na promoção e defesa de direitos que tangenciem a ciência da Psicologia, inclusive com realização de escuta especial; Reunir informações a respeito de pacientes, transcrevendo os dados psicopatológicos obtidos em testes e exames, para fornecer subsídios indispensáveis ao tratamento e ações necessárias; Diagnosticar a existência de possíveis problemas na área da psicomotricidade, disfunções cerebrais mínimas, disritmias, dislexias e outros distúrbios psíquicos, aplicando e interpretando provas e outros reativos psicológicos, para aconselhar o tratamento ou a forma de resolver as dificuldades momentâneas; elaborar perícias, estudos, relatórios e planos de atendimento individual; observar as normas do Código de Ética Profissional do Psicólogo, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
RECEPCIONISTA	Responsável pela recepção e atendimento ao público em geral, orientando e encaminhando aos setores responsáveis as informações recebidas por servidores e munícipes.	Atender ao público, interno e externo, prestando informações simples, anotando recados, recebendo correspondências e efetuando encaminhamentos; Atender às chamadas telefônicas, anotando ou enviando recados, para obter ou fornecer informações; Digitar e/ou datilografar textos, documentos, tabelas e outros originais, bem conferir a datilografia; Arquivar processos, publicações e documentos diversos de interesse da unidade administrativa, segundo normas preestabelecidas; Receber, conferir e registrar a tramitação de papéis, fiscalizando o cumprimento das normas referentes a protocolo; Autuar documentos e preencher fichas de registro para formalizar processos, encaminhando-os às unidades ou aos superiores competentes; Registrar as visitas e os telefonemas atendidos, anotando dados pessoais e comerciais do munícipe e visitante, para possibilitar o controle dos atendimentos diários; Receber correspondência endereçada à Administração Municipal, bem como aos servidores, registrando em livro próprio para possibilitar sua correta distribuição; Auxiliar no controle de estoques, distribuindo o material quando solicitado e providenciando sua reposição de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		acordo com normas preestabelecidas, dentre outras atribuições relacionadas com o cargo.
SERVENTE	Responsável pela execução de trabalhos de limpeza em geral em edifícios e outros locais, para manutenção das condições de higiene e conservação do ambiente, dentre outras atribuições correlatas.	Realizar tarefas manuais, geralmente simples, que exigem sobretudo esforço físico; Executar limpezas em prédio municipal e organização de ambientes e equipamentos; Auxiliar no recebimento, entrega e contagem de materiais; Carregar e descarregar veículos em geral; Transportar, arrumar, elevar mercadorias e materiais em geral; Fazer mudanças; Executar serviços de capina em geral; Auxiliar pedreiros, encanadores, carpinteiros, mecânicos, serralheiros, jardineiros ou outros profissionais em seus trabalhos; Limpar parques, ruas e outros logradouros públicos; Auxiliar em serviços públicos em geral; Auxiliar em serviços de jardinagem; Manter limpas móveis, paredes, portas, escadas, pisos, etc., dentre outras atribuições relacionadas com o cargo.
SERVENTE - CLT	Responsável pela execução de trabalhos de limpeza em geral em edifícios e outros locais, para manutenção das condições de higiene e conservação do ambiente, dentre outras atribuições correlatas.	Realizar tarefas manuais, geralmente simples, que exigem sobretudo esforço físico; Executar limpezas em prédio municipal e organização de ambientes e equipamentos; Auxiliar no recebimento, entrega e contagem de materiais; Carregar e descarregar veículos em geral; Transportar, arrumar, elevar mercadorias e materiais em geral; Fazer mudanças; Executar serviços de capina em geral; Auxiliar pedreiros, encanadores, carpinteiros, mecânicos, serralheiros, jardineiros ou outros profissionais em seus trabalhos; Limpar parques, ruas e outros logradouros públicos; Auxiliar em serviços públicos em geral; Auxiliar em serviços de jardinagem; Manter limpas móveis, paredes, portas, escadas, pisos, etc., dentre outras atribuições relacionadas com o cargo.
SOCIÓLOGO	Responsável pela execução de tarefas de planejamento e execução de pesquisas sobre condições socioculturais da	Elaborar, supervisionar, orientar, coordenar, planejar, programar, implantar, controlar, dirigir, executar, analisar ou avaliar estudos, trabalhos, pesquisas, planos, programas e projetos atinentes à realidade social. Assessorar e prestar consultoria aos órgãos da administração pública direta ou indireta, entidades

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	sociedade e instituições, no âmbito do município, dentre outras atribuições correlatas.	e associações, relativamente à realidade social; participar de treinamento e seminários na área de atuação; Realizar treinamentos e seminários na área de atuação, realizar estudos e pesquisas sociais, econômicas e políticas; Participar da gestão territorial e sócio ambiental; Gerar patrimônio histórico e cultural; participar da elaboração, implementação e avaliação de políticas e programas públicos; Organizar informações sociais, culturais e políticas; Elaborar documentos técnicos-científicos e executar atividades que, por sua natureza, esteja inserida no âmbito das atribuições pertinentes ao cargo; Coordenar e participar de estudos e pesquisas para conhecimento da realidade territorial, das condições de vida das populações mais vulneráveis, que orientem as ações e os serviços a serem desenvolvidos; Participar da coordenação, articulação e desenvolvimento de ações e serviços de prevenção, proteção social e reinserção social; Estabelecer mecanismos e estratégias para efetivar a vigilância socioassistencial; Coordenar os processos de monitoramento e avaliação dos programas, benefícios, projetos e serviços socioassistenciais por meio do desenvolvimento de ferramentas e instrumentais de coleta de sistematização de dados e informações; Promover o desenvolvimento de análises conjunturais e estruturais dos processos de participação e de mobilização dos movimentos populares e sociais; Analisar os processos e mecanismos de participação popular em seu contexto social; Produzir, sistematizar informações, indicadores e índices territorializados das situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social e violações de direitos que incidem sobre famílias/pessoas; Desenvolver estudos e pesquisas que proporcione o conhecimento da realidade territorial para a orientação da implantação de serviços socioassistencial; Avaliar o impacto dos serviços, programas, projetos e benefícios na redução dos riscos, vulnerabilidades e das violações de direitos e seus danos; Produzir estudos que identifiquem e priorizem os problemas de sociais que vulnerabilizam e coloquem em risco famílias e grupos populacionais delimitados; Elaborar instrumentos técnicos de conhecimento do território, vigilância socioassistencial e diagnóstico

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5U0LD2FA284VH5ESU

		socioeconômico e estudo social; Participar da organização do sistema de informação banco de dados de usuários e das entidades sociais e cadastramento socioeconômico; Elaborar instrumentos técnicos de conhecimento do território: vigilância socioassistencial, diagnóstico socioeconômico e estudo social; ensinar sociologia geral ou especial, nos estabelecimentos da rede municipal de ensino, desde que cumpridas as exigências legais, dentre outras atribuições relacionadas com o cargo.
SUPERVISOR DE EQUIPE	Supervisionar equipes de trabalho, fiscalização e inspeção de estabelecimentos residenciais, comerciais e industriais e públicos, localizando focos de vetores de proliferação de mosquitos, insetos, roedores e outros animais nocivos à saúde pública, dentre outras atribuições correlatas.	Supervisionar equipes de trabalho em geral, distribuindo atividades e orientando os trabalhadores no cumprimento legal de suas tarefas; Executar atividades juntos à equipe de sua responsabilidade, controle de levantando os materiais a serem utilizados nos diversos serviços e providenciando os faltantes, de forma a evitar atraso e interrupções nos serviços. Supervisionar e auxiliar equipes de fiscalização e inspeção de estabelecimentos residenciais, comerciais e industriais e públicos, localizando focos de vetores de proliferação de mosquitos, insetos, roedores e outros animais nocivos à saúde pública, orientando os ocupantes do imóveis sobre a importância do controle e das medidas preventivas a serem adotadas no controle da proliferação desses animas, recolhendo materiais e amostras de larvas ou animais, e aplicando venenos recomendados pelos órgãos de saúde pública para o controle desses focos. Desenvolver campanhas de esclarecimentos e conhecimentos sobre os criadouros que proporcionam a geração de focos de proliferação de mosquitos, insetos e animais, precipuamente no que tange à destinação correta de lixo e disposição de matérias que proporcionam a formação de vetores favoráveis ao surgimento de focos de mosquitos, insetos e animais nocivos à saúde pública; Elaborar relatórios e comunicados; Desempenhar atividades de apoio à gestão administrativa, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/assinatura e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

SUPERVISOR DE OBRAS	Supervisionar a execução de trabalhos rotineiros de construção de obras em geral, acompanhando o cronograma de execução de projetos e a utilização racional de materiais e instrumento, dentre outras atribuições correlatas.	Supervisionar, orientar e coordenar a execução de trabalhos rotineiros de construção de obras em geral, acompanhando o cronograma de execução de projetos e a utilização racional de materiais e instrumentos; Supervisionar e responsabilizar-se por tarefas rotineiras na construção e conservação de estradas, vias públicas, de obras e edifícios públicos e de iluminação pública; Interpretar plantas, gráficos e escalas constantes do projeto para a equipe quanto à execução dos trabalhos, controla o estoque de materiais, e equipamentos e instrumentos necessários à realização do projeto, verificando a qualidade, quantidade e condições de armazenagem; Acompanhar a realização do projeto, solucionando problemas, redistribuindo tarefas, remanejando equipes de trabalho e tomando outras providências necessárias ao cumprimento do cronograma e das especificações técnicas; Controlar a dosagem de argamassa e concreto; Controlar o volume da produção, identificando e analisando causas de não conformidade, Elaborar relatórios e comunicados; Desempenhar atividades de apoio à gestão administrativa, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
TÉCNICO AGRÍCOLA	Responsável pela execução de tarefas de caráter técnico relativas à programação, assistência técnica e controle dos trabalhos agrícolas, orientando os agricultores nas tarefas de preparação do solo, plantio, colheita e beneficiamento de espécies vegetais, combate a parasitas e a outras pragas, para auxiliar os especialistas de formação superior no desenvolvimento da produção	Prestar assistência técnica e assessoria no estudo e desenvolvimento de projetos e pesquisas tecnológicas, ou nos trabalhos de vistoria, perícia, arbitramento e consultoria; Elaborar orçamentos de materiais, insumos, equipamentos, instalações e mão-de-obra; Executar e fiscalizar procedimentos relativos ao cultivo agrícola desde o preparo do solo até colheita, armazenamento, comercialização e industrialização dos produtos agropecuários; Planejar, organizar, monitorar e emitir laudos nas atividades de exploração e manejo do solo, matas e florestas segundo suas características, alternativas de otimização dos fatores climáticos e seus efeitos no crescimento e desenvolvimento das plantas e dos animais; Planejar, organizar, monitorar e emitir laudos relativos à obtenção e preparo da produção animal e também nas atividades referentes à aquisição, preparo, conservação e armazenagem da matéria prima e dos produtos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

	agrícola, dentre outras atribuições correlatas.	agroindustriais; Elaborar programas de nutrição e manejo alimentar em projetos zootécnicos; Planejar e organizar a produção de mudas (viveiros) e sementes, comuns e melhoradas, de cultivares diversos; Dar assistência técnica na compra, venda e utilização de equipamentos e materiais especializados mediante assessoria, padronização, conferência e mensuração de especificações técnicas; Emitir laudos e documentos de classificação e exercer a fiscalização de produtos de origem vegetal, animal e agroindustrial; Prestar assistência técnica na aplicação, comercialização, no manejo e regulagem de máquinas, implementos, equipamentos agrícolas e produtos especializados, bem como na recomendação, interpretação de análise de solos e aplicação de fertilizantes e corretivos; Treinar e conduzir equipes de instalação, montagem e operação, reparo ou manutenção; Prestar assistência aos agricultores sobre métodos de cultura, meios de defesa e tratamento contra pragas e moléstias nas plantas; Emitir receituário agronômico segundo Legislação específica; Realizar cultura experimental através de plantio de canteiros, bem como efetuar cálculo para adubação e preparo da terra; Informar e treinar os agricultores sobre a conveniência de introdução de novas culturas e equipamentos indicados para cada lavoura; Orientar os criadores, fazendo demonstrações práticas sobre métodos de vacinação, criação e contenção de animais, e também sobre processos adequados de limpeza e desinfecção de estábulos, baias, e demais dependências de animais; Auxiliar o veterinário nas práticas operatórias e tratamento dos animais, controlando temperatura, administrando remédios, aplicando injeções e supervisionando a distribuição de alimentos; Colaborar na organização de exposições rurais; Acompanhar o desenvolvimento da produção de leite e verificar o respectivo teor de gordura; Orientar e treinar interessados a respeito de técnicas de plantio, manejo de máquinas e equipamentos, uso de defensivos e similares, colheitas e beneficiamento das espécies vegetais; Coletar e tabular informações e demais dados pertinentes à produção agrícola, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://www.e-processo.tce.sp.gov.br/validar/5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
ICP Brasil

TÉCNICO DE LABORATÓRIO	Responsável, sob supervisão técnica, de trabalhos técnicos de laboratório relacionado com dosagens e análises bacteriológicas, bacterioscópicas e químicas em geral, dentre outras atribuições correlatas.	Efetuar a manutenção dos equipamentos, limpando depósitos e tanques de filtragem, para conservá-los em perfeito estado de conservação; Realizar a limpeza e desinfetar a aparelhagem, os utensílios e as instalações de laboratório, utilizando técnicas e produtos apropriados, de acordo com normas estabelecidas e orientação superior; Auxiliar na realização de diagnóstico, estudos, pesquisas e levantamentos que forneçam subsídios a formulação de políticas, diretrizes, planos e ações a implantação, manutenção e funcionamento de serviços técnicos laboratoriais; Auxiliar na coleta de materiais para realização de exames, testes e amostras de laboratório; preparar reativos, lâminas, antígenos, alérgenos e vacinas; Operar, calibrar e verificar o funcionamento de aparelhos; Manipular substâncias químicas como ácidos, gases, sais e outros para obter reativos necessários a realização de testes, análises e provas de laboratório; Participar da realização de exames anótomo-patológico, ajudando a preparar amostras, fixar e cortar o tecido orgânico, para possibilitar a leitura microscópica e o diagnóstico laboratorial; Participar da elaboração de exames corpológicos, auxiliando na forma, consistência, cor e cheiro das amostras de fezes, tipos para subsidiar o diagnóstico de doenças, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	Responsável por desempenhar atividades técnicas de enfermagem envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar sob supervisão de enfermeiro, dentre outras atribuições correlatas.	Exercer atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar sob supervisão de enfermeiro, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente: participar da programação da assistência de enfermagem; executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro; participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; participar da equipe de saúde; Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do COREN, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://etce.tce.sp.gov.br/autenticar e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

TÉCNICO DE ENFERMAGEM 8 HS	Responsável por desempenhar atividades técnicas de enfermagem envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar sob supervisão de enfermeiro, dentre outras atribuições correlatas.	Exercer atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar sob supervisão de enfermeiro, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente: participar da programação da assistência de enfermagem; executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro; participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; participar da equipe de saúde, Executar as atividades inerentes à profissão de acordo com o código de ética do COREN, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	Responsável pela orientação do sistema de segurança do trabalho, investigando riscos e causas de acidentes e analisando esquemas de prevenção, para garantir a integridade do pessoal e dos bens, dentre outras atribuições correlatas.	Informar ao superior, através de parecer técnico, sobre os riscos existentes nos ambientes de trabalho, bem como orientá-los sobre as medidas de eliminação e neutralização; Informar os trabalhadores sobre os riscos da sua atividade, bem como as medidas de eliminação e neutralização; Analisar os métodos e os processos de trabalho e identificar os fatores de risco de acidente de trabalho, doenças profissionais e do trabalho e a presença de agentes ambientais agressivos ao trabalhador, propondo sua eliminação ou seu controle. Executar os procedimentos de segurança e higiene do trabalho e avaliar os resultados alcançados, adequando-os as estratégias utilizadas de maneira a integrar o processo prevencionista em uma planificação, beneficiando o trabalhador. Inspecionar locais, instalações e equipamentos dos órgãos municipais, observando as condições de trabalho, para determinar fatores e riscos de acidentes; Sugerindo eventuais modificações nos equipamentos e instalações e verificando sua observância para prevenir acidentes de trabalho; Estabelecer procedimentos de caráter administrativo para fins de resguardar à aplicação da legislação que regula a segurança do trabalhador; Inspecionar os postos de combate a incêndio examinando as mangueiras, hidrantes e extintores, para certificar-se de suas perfeitas condições de funcionamento; Investigar acidentes ocorridos, analisando as

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		condições da ocorrência, identificando suas causas e propondo providências cabíveis; Registrar as ocorrências em formulários específicos, bem como encaminhá-los a quem de direito por meio eletrônico ou manual; Executar programas de prevenção de acidentes de trabalho, doenças profissionais e do trabalho nos ambientes do trabalho, com a participação dos trabalhadores, acompanhando e avaliando os seus resultados, bem como sugerindo constante atualização dos mesmos e estabelecendo procedimentos a serem seguidos; Realizar estatísticas de acidentes visando melhorar as condições de trabalho, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
TELEFONISTA	Responsável pela efetuação de chamadas, bem como seus atendimentos, dentre outras atribuições correlatas.	Atender às chamadas telefônicas internas e externas; Efetuar ligações locais e interurbanas, conforme solicitação, anotando os dados pertinentes; Manter atualizada lista de ramais existentes na Prefeitura, correlacionando-os com as unidades e seus servidores, bem como consultar lista telefônica, para auxiliar na operação da mesa e prestar informações aos usuários internos e externos; Atender com urbanidade a todas as chamadas telefônicas e prestar informações de caráter geral aos interessados; Anotar recados, na impossibilidade de transferir a ligação ao ramal solicitado, para oportunamente transmiti-los aos seus respectivos destinatários, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
TERAPEUTA OCUPACIONAL	Responsável pela dedicação ao tratamento, desenvolvimento e reabilitação de pacientes portadores de deficiências físicas e/ou psíquicas, promovendo atividades para ajudá-los na sua recuperação e integração social, dentre outras atribuições correlatas.	Responder pela qualidade, confiabilidade e desempenho dos recursos, serviços e informações geradas pelas tarefas sob sua responsabilidade, mantendo sigilo sobre assuntos confidenciais relacionados às atividades que desenvolve; Atender pacientes para a prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas utilizando protocolos e procedimentos específicos de Terapia Ocupacional; habilitar pacientes; Realizar diagnósticos específicos; Analisar condições dos pacientes; orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis; Desenvolver programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida; Exercer atividades técnico-científicas; administrar

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

		recursos humanos, materiais e financeiros, Dirigir e supervisionar as tarefas prescritas, para ajudar o desenvolvimento dos programas e apressar a reabilitação; Observar as normas do Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional; Desenvolver atividades relacionadas à terapia ocupacional, visando os aspectos educacionais e preventivos no cuidado com a saúde do paciente; Realizar relatórios, avaliação de casos e reavaliação periódica, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
TESOUREIRO - CLT	Responsável pelo planejamento, organização, direção e controle de serviços da tesouraria, como controles de fluxo de caixa, acompanhando o registro de entrada e saída de numerários, cheques, duplicatas, notas fiscais e outros documentos, dentre outras atribuições correlatas.	Controlar receitas e efetuar pagamento de despesas de organização, registrando a entrada e saída de valores, para assegurar a regularidade das transações financeiras e comerciais da organização; Manter sob sua responsabilidade cofre forte, numerário, talões de cheques e outros valores pertencentes à organização, examinando os documentos que lhe são apresentados, para atender aos interesses da Administração; Recolher aos bancos, em conta corrente em nome do Órgão Público, todo o numerário recebido, mantendo em caixa apenas o necessário ao atendimento do expediente normal; Verificar periodicamente o numerário e os valores existentes nas contas bancárias do Órgão Público, supervisionando os serviços de conciliação bancária, depósitos efetuados, cheques emitidos e outros lançamentos, para assegurar a regularidade das transações financeiras; executar cálculos das transações efetuadas, comparando-os com as cifras anotadas em registro, para verificar e conferir o saldo do caixa; Preparar um demonstrativo do movimento diário de caixa, relacionando os pagamentos e recebimentos efetuados, com os respectivos valores em dinheiro ou em cheques, para apresentar posição da situação financeira existente; Elaborar certidões atinentes às suas respectivas atribuições Observar as recomendações do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no que diz respeito à Contabilidade Pública, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

VIGIA	Responsável por executar serviços de vigilância, segurança e recepção dos bens públicos municipais, dentre outras atribuições correlatas.	Fiscalizar a entrada e saída as pessoas nos edifícios municipais, procurando identificá-las, para vedar a entrada às pessoas suspeitas ou encaminhar as demais ao destino solicitado; Executar os serviços de vigilância em prédios e logradouros públicos municipais, protegendo-os contra a ação de estranhos; Providenciar a varrição de superfícies diversas; Executar os serviços de vigilância em quaisquer locais de interesse da Administração Pública, próprios ou não; Controlar entrada e saída de servidores e pessoas, identificando-os quando necessário, não permitindo a infração de normas; controlar entrada e saída de veículos, identificando os motoristas; Controlar entrada e saída de materiais, checando as notas fiscais ou documentos de autorização; Efetuar ronda; fiscalizar o trânsito interno de veículos; Fazer cumprir as normas e a disciplina nas dependências da Administração, com relação à segurança; Fazer o registro de qualquer ocorrência que indique infração das normas dentro da Administração; Observar e cumprir as normas de higiene e segurança do trabalho; Elaborar relatórios, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.
VISITADOR SANITÁRIO	Responsável pelo planejamento, avaliação e execução de ações educativas em saúde, dentre outras atribuições correlatas.	Executar as ações para a prevenção e controle de surtos, epidemias e agravos à saúde; Digitar os programas de informações de saúde instituídos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e da Coordenadoria Municipal de Saúde dos setores da Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Zoonoses e Ambiental; Coletar, preparar e enviar os exames laboratoriais de pacientes, de produtos fiscalizados pela Vigilância Sanitária para análise de rotina e fiscal e pedidos de autoridades, relacionados direta ou indiretamente à saúde; Recolher, codificar, digitar, analisar e preparar relatórios de informações de interesse à saúde; Participar de campanhas de saúde, preparando materiais; Executar ações e orientações educativas, realizar treinamento, elaborar boletins, relatórios e condensar os dados; Proceder a notificação à autoridade competente nos casos de suspeitas de maus-tratos a animais no âmbito municipal que venha a ser objeto de seu conhecimento, dentre outras atribuições relacionadas ao cargo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR

ANEXO V
QUADRO DE CARGOS EFETIVOS VAGOS A SEREM EXTINTOS NA PUBLICAÇÃO DA PRESENTE LEI COMPLEMENTAR

QUADRO GERAL	
CARGO PÚBLICO / EMPREGO PÚBLICO	**QUANTIDADE**
Coordenador de Eventos Culturais	01
Pregoeiro	01
Almoxarife	01
Monitor de Curso Profissionalizante	10
Monitor de Curso de Informática	02
Coordenador de Programas e Projetos Sociais	01
Agente de Saúde Bucal	06
Professor de Ensino Técnico Substituto	05
Agente de Trânsito	02
Agente Previdenciário	01
Carpinteiro	01
Enfermeiro do Trabalho - CLT	01
Inspetor de Alunos – CLT	01
Jardineiro – CLT	01
Mecânico – CLT	01
Protético	01
Zootecnista	01

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar-assinatura-digital/5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

ANEXO VI
TABELA DE PROGRESSÃO VERTICAL E PROGRESSÃO HORIZONTAL
(Com exceção do Quadro do Magistério)
Classificado por REFERÊNCIA em ordem alfabética

Referência **A**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

Referência **B**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.032,50	R$ 2.093,48	R$ 2.156,28	R$ 2.220,97	R$ 2.287,60	R$ 2.356,22	R$ 2.426,91	R$ 2.499,72	R$ 2.574,71	R$ 2.651,95
	II	R$ 2.134,13	R$ 2.198,15	R$ 2.264,09	R$ 2.332,02	R$ 2.401,98	R$ 2.474,04	R$ 2.548,26	R$ 2.624,70	R$ 2.703,45	R$ 2.784,55

Referência **C**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.117,97	R$ 2.181,51	R$ 2.246,95	R$ 2.314,36	R$ 2.383,79	R$ 2.455,31	R$ 2.528,97	R$ 2.604,84	R$ 2.682,98	R$ 2.763,47
	II	R$ 2.223,87	R$ 2.290,58	R$ 2.359,30	R$ 2.430,08	R$ 2.502,98	R$ 2.578,07	R$ 2.655,42	R$ 2.735,08	R$ 2.817,13	R$ 2.901,64

Referência C.1

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.369,60	R$ 2.440,69	R$ 2.513,91	R$ 2.589,33	R$ 2.667,01	R$ 2.747,02	R$ 2.829,43	R$ 2.914,31	R$ 3.001,74	R$ 3.091,79
	II	R$ 2.488,08	R$ 2.562,72	R$ 2.639,60	R$ 2.718,79	R$ 2.800,36	R$ 2.884,37	R$ 2.970,90	R$ 3.060,02	R$ 3.151,83	R$ 3.246,38

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 3EA1-4DD0-C3B5-6104

Referência **D**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.267,04	R$ 2.335,05	R$ 2.405,10	R$ 2.477,26	R$ 2.551,57	R$ 2.628,12	R$ 2.706,96	R$ 2.788,17	R$ 2.871,82	R$ 2.957,97
	II	R$ 2.380,39	R$ 2.451,80	R$ 2.525,36	R$ 2.601,12	R$ 2.679,15	R$ 2.759,53	R$ 2.842,31	R$ 2.927,58	R$ 3.015,41	R$ 3.105,87

Referência **E**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

Referência **F**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.824,00	R$ 2.908,72	R$ 2.995,98	R$ 3.085,86	R$ 3.178,44	R$ 3.273,79	R$ 3.372,00	R$ 3.473,16	R$ 3.577,36	R$ 3.684,68
	II	R$ 2.965,20	R$ 3.054,16	R$ 3.145,78	R$ 3.240,15	R$ 3.337,36	R$ 3.437,48	R$ 3.540,60	R$ 3.646,82	R$ 3.756,23	R$ 3.868,91

Referência **G**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 3.160,31	R$ 3.255,12	R$ 3.352,77	R$ 3.453,36	R$ 3.556,96	R$ 3.663,67	R$ 3.773,58	R$ 3.886,78	R$ 4.003,39	R$ 4.123,49
	II	R$ 3.318,33	R$ 3.417,88	R$ 3.520,41	R$ 3.626,02	R$ 3.734,80	R$ 3.846,85	R$ 3.962,25	R$ 4.081,12	R$ 4.203,56	R$ 4.329,66

Referência **H**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 3.603,57	R$ 3.711,68	R$ 3.823,03	R$ 3.937,72	R$ 4.055,85	R$ 4.177,53	R$ 4.302,85	R$ 4.431,94	R$ 4.564,89	R$ 4.701,84
	II	R$ 3.783,75	R$ 3.897,26	R$ 4.014,18	R$ 4.134,60	R$ 4.258,64	R$ 4.386,40	R$ 4.517,99	R$ 4.653,53	R$ 4.793,14	R$ 4.936,93

Referência **I**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.318,18	R$ 4.447,73	R$ 4.581,16	R$ 4.718,59	R$ 4.860,15	R$ 5.005,95	R$ 5.156,13	R$ 5.310,82	R$ 5.470,14	R$ 5.634,25
	II	R$ 4.534,09	R$ 4.670,11	R$ 4.810,22	R$ 4.954,52	R$ 5.103,16	R$ 5.256,25	R$ 5.413,94	R$ 5.576,36	R$ 5.743,65	R$ 5.915,96

Referência **J nível médio**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56

Referência **J nível superior**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

Referência **K**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 5.261,65	R$ 5.419,50	R$ 5.582,08	R$ 5.749,55	R$ 5.922,03	R$ 6.099,69	R$ 6.282,69	R$ 6.471,17	R$ 6.665,30	R$ 6.865,26
	II	R$ 5.524,73	R$ 5.690,47	R$ 5.861,19	R$ 6.037,02	R$ 6.218,14	R$ 6.404,68	R$ 6.596,82	R$ 6.794,72	R$ 6.998,57	R$ 7.208,52
	III	R$ 5.800,97	R$ 5.975,00	R$ 6.154,25	R$ 6.338,88	R$ 6.529,04	R$ 6.724,91	R$ 6.926,66	R$ 7.134,46	R$ 7.348,49	R$ 7.568,95
	IV	R$ 6.091,02	R$ 6.273,75	R$ 6.461,96	R$ 6.655,82	R$ 6.855,49	R$ 7.061,16	R$ 7.272,99	R$ 7.491,18	R$ 7.715,92	R$ 7.947,40

Referência K.1

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 5.513,11	R$ 5.678,50	R$ 5.848,86	##########	##########	R$ 6.391,21	##########	##########	##########	R$ 7.193,36
	II	R$ 5.788,77	R$ 5.962,43	R$ 6.141,30	R$ 6.325,54	R$ 6.515,31	R$ 6.710,77	R$ 6.912,09	R$ 7.119,45	R$ 7.333,03	R$ 7.553,03
	III	R$ 6.078,20	R$ 6.260,55	R$ 6.448,37	R$ 6.641,82	R$ 6.841,07	R$ 7.046,30	R$ 7.257,69	R$ 7.475,42	R$ 7.699,69	R$ 7.930,68

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

	IV	R$ 6.382,11	R$ 6.573,58	R$ 6.770,78	R$ 6.973,91	R$ 7.183,13	R$ 7.398,62	R$ 7.620,58	R$ 7.849,20	R$ 8.084,67	R$ 8.327,21

Referência **L**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 6.664,25	R$ 6.864,18	R$ 7.070,10	R$ 7.282,21	R$ 7.500,67	R$ 7.725,69	R$ 7.957,46	R$ 8.196,19	R$ 8.442,07	R$ 8.695,33
	II	R$ 6.997,46	R$ 7.207,39	R$ 7.423,61	R$ 7.646,32	R$ 7.875,71	R$ 8.111,98	R$ 8.355,34	R$ 8.606,00	R$ 8.864,18	R$ 9.130,10
	III	R$ 7.347,34	R$ 7.567,76	R$ 7.794,79	R$ 8.028,63	R$ 8.269,49	R$ 8.517,58	R$ 8.773,10	R$ 9.036,30	R$ 9.307,38	R$ 9.586,61
	IV	R$ 7.714,70	R$ 7.946,14	R$ 8.184,53	R$ 8.430,06	R$ 8.682,97	R$ 8.943,45	R$ 9.211,76	R$ 9.488,11	R$ 9.772,75	R$ 10.065,94

Referência M

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 7.578,68	R$ 7.806,04	R$ 8.040,22	R$ 8.281,43	R$ 8.529,87	R$ 8.785,77	R$ 9.049,34	R$ 9.320,82	R$ 9.600,45	R$ 9.888,46
	II	R$ 7.957,61	R$ 8.196,34	R$ 8.442,23	R$ 8.695,50	R$ 8.956,36	R$ 9.225,06	R$ 9.501,81	R$ 9.786,86	R$ 10.080,47	R$ 10.382,88
	III	R$ 8.355,49	R$ 8.606,16	R$ 8.864,34	R$ 9.130,27	R$ 9.404,18	R$ 9.686,31	R$ 9.976,90	R$ 10.276,20	R$ 10.584,49	R$ 10.902,03
	IV	R$ 8.773,27	R$ 9.036,47	R$ 9.307,56	R$ 9.586,79	R$ 9.874,39	R$ 10.170,62	R$ 10.475,74	R$ 10.790,01	R$ 11.113,72	R$ 11.447,13

Referência M.1

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 7.771,35	R$ 8.004,49	R$ 8.244,63	R$ 8.491,96	R$ 8.746,72	R$ 9.009,12	R$ 9.279,40	R$ 9.557,78	R$ 9.844,51	R$ 10.139,85
	II	R$ 8.159,92	R$ 8.404,72	R$ 8.656,86	R$ 8.916,56	R$ 9.184,06	R$ 9.459,58	R$ 9.743,37	R$ 10.035,67	R$ 10.336,74	R$ 10.646,84
	III	R$ 8.567,91	R$ 8.824,95	R$ 9.089,70	R$ 9.362,39	R$ 9.643,26	R$ 9.932,56	R$ 10.230,54	R$ 10.537,45	R$ 10.853,58	R$ 11.179,18
	IV	R$ 8.996,31	R$ 9.266,20	R$ 9.544,18	R$ 9.830,51	R$ 10.125,43	R$ 10.429,19	R$ 10.742,06	R$ 11.064,33	R$ 11.396,26	R$ 11.738,14

Referência **N**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 8.706,31	R$ 8.967,50	R$ 9.236,52	R$ 9.513,62	R$ 9.799,03	R$ 10.093,00	R$ 10.395,79	R$ 10.707,66	R$ 11.028,89	R$ 11.359,76
	II	R$ 9.141,63	R$ 9.415,87	R$ 9.698,35	R$ 9.989,30	R$ 10.288,98	R$ 10.597,65	R$ 10.915,58	R$ 11.243,05	R$ 11.580,34	R$ 11.927,75
	III	R$ 9.598,71	R$ 9.886,67	R$ 10.183,27	R$ 10.488,77	R$ 10.803,43	R$ 11.127,53	R$ 11.461,36	R$ 11.805,20	R$ 12.159,35	R$ 12.524,14
	IV	R$ 10.078,64	R$ 10.381,00	R$ 10.692,43	R$ 11.013,20	R$ 11.343,60	R$ 11.683,91	R$ 12.034,43	R$ 12.395,46	R$ 12.767,32	R$ 13.150,34

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 3E01-4D0C-D3B5-1D1A

Referência **O**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 15.000,00	R$ 15.450,00	R$ 15.913,50	R$ 16.390,91	R$ 16.882,63	R$ 17.389,11	R$ 17.910,78	R$ 18.448,11	R$ 19.001,55	R$ 19.571,60
	II	R$ 15.750,00	R$ 16.222,50	R$ 16.709,18	R$ 17.210,45	R$ 17.726,76	R$ 18.258,57	R$ 18.806,32	R$ 19.370,51	R$ 19.951,63	R$ 20.550,18
	III	R$ 16.537,50	R$ 17.033,63	R$ 17.544,63	R$ 18.070,97	R$ 18.613,10	R$ 19.171,50	R$ 19.746,64	R$ 20.339,04	R$ 20.949,21	R$ 21.577,69
	IV	R$ 17.364,38	R$ 17.885,31	R$ 18.421,87	R$ 18.974,52	R$ 19.543,76	R$ 20.130,07	R$ 20.733,97	R$ 21.355,99	R$ 21.996,67	R$ 22.656,57

Classificado por NOMENCLATURA DE CARGO ou EMPREGO em ordem alfabética

F **AGENTE COMUNITÁRIO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.824,00	R$ 2.908,72	R$ 2.995,98	R$ 3.085,86	R$ 3.178,44	R$ 3.273,79	R$ 3.372,00	R$ 3.473,16	R$ 3.577,36	R$ 3.684,68
	II	R$ 2.965,20	R$ 3.054,16	R$ 3.145,78	R$ 3.240,15	R$ 3.337,36	R$ 3.437,48	R$ 3.540,60	R$ 3.646,82	R$ 3.756,23	R$ 3.868,91

F **AGENTE COMUNITÁRIO - ESF**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.824,00	R$ 2.908,72	R$ 2.995,98	R$ 3.085,86	R$ 3.178,44	R$ 3.273,79	R$ 3.372,00	R$ 3.473,16	R$ 3.577,36	R$ 3.684,68
	II	R$ 2.965,20	R$ 3.054,16	R$ 3.145,78	R$ 3.240,15	R$ 3.337,36	R$ 3.437,48	R$ 3.540,60	R$ 3.646,82	R$ 3.756,23	R$ 3.868,91

F **AGENTE DE CAMPO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.824,00	R$ 2.908,72	R$ 2.995,98	R$ 3.085,86	R$ 3.178,44	R$ 3.273,79	R$ 3.372,00	R$ 3.473,16	R$ 3.577,36	R$ 3.684,68
	II	R$ 2.965,20	R$ 3.054,16	R$ 3.145,78	R$ 3.240,15	R$ 3.337,36	R$ 3.437,48	R$ 3.540,60	R$ 3.646,82	R$ 3.756,23	R$ 3.868,91

J **AGENTE DE HABITAÇÃO**

	Grau

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56

E AGENTE DE SANEAMENTO

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

F AGENTE DO IEC(INFORMAÇÃO EDUCACIONAL E COMUNICAÇÃO)

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.824,00	R$ 2.908,72	R$ 2.995,98	R$ 3.085,86	R$ 3.178,44	R$ 3.273,79	R$ 3.372,00	R$ 3.473,16	R$ 3.577,36	R$ 3.684,68
	II	R$ 2.965,20	R$ 3.054,16	R$ 3.145,78	R$ 3.240,15	R$ 3.337,36	R$ 3.437,48	R$ 3.540,60	R$ 3.646,82	R$ 3.756,23	R$ 3.868,91

A AJUDANTE DE MANUTENÇÃO

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

A AJUDANTE SERV. DIVERSOS

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

A AJUDANTE SERV. DIVERSOS - CLT

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

J **ARQUITETO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **ASSISTENTE DE DEPARTAMENTO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56

J **ASSISTENTE SOCIAL**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

C **ATENDENTE DE FARMÁCIA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.117,97	R$ 2.181,51	R$ 2.246,95	R$ 2.314,36	R$ 2.383,79	R$ 2.455,31	R$ 2.528,97	R$ 2.604,84	R$ 2.682,98	R$ 2.763,47
	II	R$ 2.223,87	R$ 2.290,58	R$ 2.359,30	R$ 2.430,08	R$ 2.502,98	R$ 2.578,07	R$ 2.655,42	R$ 2.735,08	R$ 2.817,13	R$ 2.901,64

C **ATENDENTE DE LABORATÓRIO**

	Grau

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.117,97	R$ 2.181,51	R$ 2.246,95	R$ 2.314,36	R$ 2.383,79	R$ 2.455,31	R$ 2.528,97	R$ 2.604,84	R$ 2.682,98	R$ 2.763,47
	II	R$ 2.223,87	R$ 2.290,58	R$ 2.359,30	R$ 2.430,08	R$ 2.502,98	R$ 2.578,07	R$ 2.655,42	R$ 2.735,08	R$ 2.817,13	R$ 2.901,64

K AUDITOR FISCAL DA RECEITA MUNICIPAL

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 5.261,65	R$ 5.419,50	R$ 5.582,08	R$ 5.749,55	R$ 5.922,03	R$ 6.099,69	R$ 6.282,69	R$ 6.471,17	R$ 6.665,30	R$ 6.865,26
	II	R$ 5.524,73	R$ 5.690,47	R$ 5.861,19	R$ 6.037,02	R$ 6.218,14	R$ 6.404,68	R$ 6.596,82	R$ 6.794,72	R$ 6.998,57	R$ 7.208,52
	III	R$ 5.800,97	R$ 5.975,00	R$ 6.154,25	R$ 6.338,88	R$ 6.529,04	R$ 6.724,91	R$ 6.926,66	R$ 7.134,46	R$ 7.348,49	R$ 7.568,95
	IV	R$ 6.091,02	R$ 6.273,75	R$ 6.461,96	R$ 6.655,82	R$ 6.855,49	R$ 7.061,16	R$ 7.272,99	R$ 7.491,18	R$ 7.715,92	R$ 7.947,40

C AUXILIAR ADMINISTRATIVO

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.117,97	R$ 2.181,51	R$ 2.246,95	R$ 2.314,36	R$ 2.383,79	R$ 2.455,31	R$ 2.528,97	R$ 2.604,84	R$ 2.682,98	R$ 2.763,47
	II	R$ 2.223,87	R$ 2.290,58	R$ 2.359,30	R$ 2.430,08	R$ 2.502,98	R$ 2.578,07	R$ 2.655,42	R$ 2.735,08	R$ 2.817,13	R$ 2.901,64

C AUXILIAR ADMINISTRATIVO - CLT

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.117,97	R$ 2.181,51	R$ 2.246,95	R$ 2.314,36	R$ 2.383,79	R$ 2.455,31	R$ 2.528,97	R$ 2.604,84	R$ 2.682,98	R$ 2.763,47
	II	R$ 2.223,87	R$ 2.290,58	R$ 2.359,30	R$ 2.430,08	R$ 2.502,98	R$ 2.578,07	R$ 2.655,42	R$ 2.735,08	R$ 2.817,13	R$ 2.901,64

A AUXILIAR DE CIRURGIÃO DENTISTA - ESF

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

A AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

C **AUXILIAR DE CUIDADOS DIÁRIOS**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.117,97	R$ 2.181,51	R$ 2.246,95	R$ 2.314,36	R$ 2.383,79	R$ 2.455,31	R$ 2.528,97	R$ 2.604,84	R$ 2.682,98	R$ 2.763,47
	II	R$ 2.223,87	R$ 2.290,58	R$ 2.359,30	R$ 2.430,08	R$ 2.502,98	R$ 2.578,07	R$ 2.655,42	R$ 2.735,08	R$ 2.817,13	R$ 2.901,64

C **AUXILIAR DE EDUCADOR CUIDADOR INSTITUCIONAL**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.117,97	R$ 2.181,51	R$ 2.246,95	R$ 2.314,36	R$ 2.383,79	R$ 2.455,31	R$ 2.528,97	R$ 2.604,84	R$ 2.682,98	R$ 2.763,47
	II	R$ 2.223,87	R$ 2.290,58	R$ 2.359,30	R$ 2.430,08	R$ 2.502,98	R$ 2.578,07	R$ 2.655,42	R$ 2.735,08	R$ 2.817,13	R$ 2.901,64

B **AUXILIAR DE ENFERMAGEM**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.032,50	R$ 2.093,48	R$ 2.156,28	R$ 2.220,97	R$ 2.287,60	R$ 2.356,22	R$ 2.426,91	R$ 2.499,72	R$ 2.574,71	R$ 2.651,95
	II	R$ 2.134,13	R$ 2.198,15	R$ 2.264,09	R$ 2.332,02	R$ 2.401,98	R$ 2.474,04	R$ 2.548,26	R$ 2.624,70	R$ 2.703,45	R$ 2.784,55

B **AUXILIAR DE ENFERMAGEM - CLT**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.032,50	R$ 2.093,48	R$ 2.156,28	R$ 2.220,97	R$ 2.287,60	R$ 2.356,22	R$ 2.426,91	R$ 2.499,72	R$ 2.574,71	R$ 2.651,95
	II	R$ 2.134,13	R$ 2.198,15	R$ 2.264,09	R$ 2.332,02	R$ 2.401,98	R$ 2.474,04	R$ 2.548,26	R$ 2.624,70	R$ 2.703,45	R$ 2.784,55

J **BIBLIOTECÁRIO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/ e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **BIOMÉDICO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **CIRURGIÃO DENTISTA (4 HRS)**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **CIRURGIÃO DENTISTA (4 HRS) - CLT**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **CIRURGIÃO DENTISTA ESPECIALISTA EM CIRURGIA TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **CIRURGIÃO DENTISTA ESPECIALISTA EM CIRURGIA TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL - CLT**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **CIRURGIÃO - DENTISTA ESPECIALISTA EM IMPLANTE**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **CIRURGIÃO - DENTISTA ESPECIALISTA ENDODONTIA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **CIRURGIÃO - DENTISTA ESPECIALISTA ORTOPEDIA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **CIRURGIÃO - DENTISTA ESPECIALISTA PERIODONTIA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	##########	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	##########	##########	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

M1 CIRURGIÃO DENTISTA PSF

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 7.771,35	R$ 8.004,49	R$ 8.244,63	R$ 8.491,96	R$ 8.746,72	R$ 9.009,12	R$ 9.279,40	R$ 9.557,78	R$ 9.844,51	R$ 10.139,85
	II	R$ 8.159,92	R$ 8.404,72	R$ 8.656,86	R$ 8.916,56	R$ 9.184,06	R$ 9.459,58	R$ 9.743,37	R$ 10.035,67	R$ 10.336,74	R$ 10.646,84
	III	R$ 8.567,91	R$ 8.824,95	R$ 9.089,70	R$ 9.362,39	R$ 9.643,26	R$ 9.932,56	R$ 10.230,54	R$ 10.537,45	R$ 10.853,58	R$ 11.179,18
	IV	R$ 8.996,31	R$ 9.266,20	R$ 9.544,18	R$ 9.830,51	R$ 10.125,43	R$ 10.429,19	R$ 10.742,06	R$ 11.064,33	R$ 11.396,26	R$ 11.738,14

J **CONTADOR**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

N **CONTROLADOR INTERNO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 8.706,31	R$ 8.967,50	R$ 9.236,52	R$ 9.513,62	R$ 9.799,03	R$ 10.093,00	R$ 10.395,79	R$ 10.707,66	R$ 11.028,89	R$ 11.359,76
	II	R$ 9.141,63	R$ 9.415,87	R$ 9.698,35	R$ 9.989,30	R$ 10.288,98	R$ 10.597,65	R$ 10.915,58	R$ 11.243,05	R$ 11.580,34	R$ 11.927,75

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://verificador.iti.gov.br
ICP Brasil

	III	R$ 9.598,71	R$ 9.886,67	R$ 10.183,27	R$ 10.488,77	R$ 10.803,43	R$ 11.127,53	R$ 11.461,36	R$ 11.805,20	R$ 12.159,35	R$ 12.524,14
	IV	R$ 10.078,64	R$ 10.381,00	R$ 10.692,43	R$ 11.013,20	R$ 11.343,60	R$ 11.683,91	R$ 12.034,43	R$ 12.395,46	R$ 12.767,32	R$ 13.150,34

J **COORDENADOR DE SERVIÇOS**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **COORDENADOR DO CRAS**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **COORDENADOR DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

A **COZINHEIRO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

J **EDUCADOR AMBIENTAL**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

D **EDUCADOR CUIDADOR INSTITUCIONAL**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.267,04	R$ 2.335,05	R$ 2.405,10	R$ 2.477,26	R$ 2.551,57	R$ 2.628,12	R$ 2.706,96	R$ 2.788,17	R$ 2.871,82	R$ 2.957,97
	II	R$ 2.380,39	R$ 2.451,80	R$ 2.525,36	R$ 2.601,12	R$ 2.679,15	R$ 2.759,53	R$ 2.842,31	R$ 2.927,58	R$ 3.015,41	R$ 3.105,87

L **EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 6.664,25	R$ 6.864,18	R$ 7.070,10	R$ 7.282,21	R$ 7.500,67	R$ 7.725,69	R$ 7.957,46	R$ 8.196,19	R$ 8.442,07	R$ 8.695,33
	II	R$ 6.997,46	R$ 7.207,39	R$ 7.423,61	R$ 7.646,32	R$ 7.875,71	R$ 8.111,98	R$ 8.355,34	R$ 8.606,00	R$ 8.864,18	R$ 9.130,10
	III	R$ 7.347,34	R$ 7.567,76	R$ 7.794,79	R$ 8.028,63	R$ 8.269,49	R$ 8.517,58	R$ 8.773,10	R$ 9.036,30	R$ 9.307,38	R$ 9.586,61
	IV	R$ 7.714,70	R$ 7.946,14	R$ 8.184,53	R$ 8.430,06	R$ 8.682,97	R$ 8.943,45	R$ 9.211,76	R$ 9.488,11	R$ 9.772,75	R$ 10.065,94

B **ELETRICISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.032,50	R$ 2.093,48	R$ 2.156,28	R$ 2.220,97	R$ 2.287,60	R$ 2.356,22	R$ 2.426,91	R$ 2.499,72	R$ 2.574,71	R$ 2.651,95
	II	R$ 2.134,13	R$ 2.198,15	R$ 2.264,09	R$ 2.332,02	R$ 2.401,98	R$ 2.474,04	R$ 2.548,26	R$ 2.624,70	R$ 2.703,45	R$ 2.784,55

B **ENCANADOR**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.032,50	R$ 2.093,48	R$ 2.156,28	R$ 2.220,97	R$ 2.287,60	R$ 2.356,22	R$ 2.426,91	R$ 2.499,72	R$ 2.574,71	R$ 2.651,95
	II	R$ 2.134,13	R$ 2.198,15	R$ 2.264,09	R$ 2.332,02	R$ 2.401,98	R$ 2.474,04	R$ 2.548,26	R$ 2.624,70	R$ 2.703,45	R$ 2.784,55

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

E **ENCARREGADO DA MERENDA ESCOLAR**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

J **ENCARREGADO DE CADASTRO - CLT**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56

A **ENCARREGADO DE TURMA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

L **ENCARREGADO DIVISÃO DE TRÂNSITO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 6.664,25	R$ 6.864,18	R$ 7.070,10	R$ 7.282,21	R$ 7.500,67	R$ 7.725,69	R$ 7.957,46	R$ 8.196,19	R$ 8.442,07	R$ 8.695,33
	II	R$ 6.997,46	R$ 7.207,39	R$ 7.423,61	R$ 7.646,32	R$ 7.875,71	R$ 8.111,98	R$ 8.355,34	R$ 8.606,00	R$ 8.864,18	R$ 9.130,10

E **ENCARREGADO TRANSPORTE MUNICIPAL**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

I **ENFERMEIRO**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.318,18	R$ 4.447,73	R$ 4.581,16	R$ 4.718,59	R$ 4.860,15	R$ 5.005,95	R$ 5.156,13	R$ 5.310,82	R$ 5.470,14	R$ 5.634,25
	II	R$ 4.534,09	R$ 4.670,11	R$ 4.810,22	R$ 4.954,52	R$ 5.103,16	R$ 5.256,25	R$ 5.413,94	R$ 5.576,36	R$ 5.743,65	R$ 5.915,96
	III	R$ 4.760,79	R$ 4.903,62	R$ 5.050,73	R$ 5.202,25	R$ 5.358,31	R$ 5.519,06	R$ 5.684,64	R$ 5.855,18	R$ 6.030,83	R$ 6.211,76
	IV	R$ 4.998,83	R$ 5.148,80	R$ 5.303,26	R$ 5.462,36	R$ 5.626,23	R$ 5.795,02	R$ 5.968,87	R$ 6.147,93	R$ 6.332,37	R$ 6.522,34

K.1 ENFERMEIRO PSF

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 5.513,11	R$ 5.678,50	R$ 5.848,86	R$ 6.024,32	R$ 6.205,05	R$ 6.391,21	R$ 6.582,94	R$ 6.780,43	R$ 6.983,84	R$ 7.193,36
	II	R$ 5.788,77	R$ 5.962,43	R$ 6.141,30	R$ 6.325,54	R$ 6.515,31	R$ 6.710,77	R$ 6.912,09	R$ 7.119,45	R$ 7.333,03	R$ 7.553,03
	III	R$ 6.078,20	R$ 6.260,55	R$ 6.448,37	R$ 6.641,82	R$ 6.841,07	R$ 7.046,30	R$ 7.257,69	R$ 7.475,42	R$ 7.699,69	R$ 7.930,68
	IV	R$ 6.382,11	R$ 6.573,58	R$ 6.770,78	R$ 6.973,91	R$ 7.183,13	R$ 7.398,62	R$ 7.620,58	R$ 7.849,20	R$ 8.084,67	R$ 8.327,21

J ENGENHEIRO AGRÔNOMO

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J ENGENHEIRO AMBIENTAL

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

J **ENGENHEIRO CIVIL**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

C **FACILITADOR DE OFICINA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.117,97	R$ 2.181,51	R$ 2.246,95	R$ 2.314,36	R$ 2.383,79	R$ 2.455,31	R$ 2.528,97	R$ 2.604,84	R$ 2.682,98	R$ 2.763,47
	II	R$ 2.223,87	R$ 2.290,58	R$ 2.359,30	R$ 2.430,08	R$ 2.502,98	R$ 2.578,07	R$ 2.655,42	R$ 2.735,08	R$ 2.817,13	R$ 2.901,64

J **FARMACÊUTICO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

E **FISCAL DE COMÉRCIO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

J **FISCAL DE MEIO AMBIENTE**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **FISIOTERAPEUTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **FONOAUDIÓLOGO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

B **INSPETOR DE ALUNOS**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.032,50	R$ 2.093,48	R$ 2.156,28	R$ 2.220,97	R$ 2.287,60	R$ 2.356,22	R$ 2.426,91	R$ 2.499,72	R$ 2.574,71	R$ 2.651,95
	II	R$ 2.134,13	R$ 2.198,15	R$ 2.264,09	R$ 2.332,02	R$ 2.401,98	R$ 2.474,04	R$ 2.548,26	R$ 2.624,70	R$ 2.703,45	R$ 2.784,55

A **JARDINEIRO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link "Validar documento digital" e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

J **JORNALISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

E **MECÂNICO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

O **MÉDICO - ESF**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 15.000,00	R$ 15.450,00	R$ 15.913,50	R$ 16.390,91	R$ 16.882,63	R$ 17.389,11	R$ 17.910,78	R$ 18.448,11	R$ 19.001,55	R$ 19.571,60
	II	R$ 15.750,00	R$ 16.222,50	R$ 16.709,18	R$ 17.210,45	R$ 17.726,76	R$ 18.258,57	R$ 18.806,32	R$ 19.370,51	R$ 19.951,63	R$ 20.550,18
	III	R$ 16.537,50	R$ 17.033,63	R$ 17.544,63	R$ 18.070,97	R$ 18.613,10	R$ 19.171,50	R$ 19.746,64	R$ 20.339,04	R$ 20.949,21	R$ 21.577,69
	IV	R$ 17.364,38	R$ 17.885,31	R$ 18.421,87	R$ 18.974,52	R$ 19.543,76	R$ 20.130,07	R$ 20.733,97	R$ 21.355,99	R$ 21.996,67	R$ 22.656,57

J **MÉDICO (4 HRS)**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 3EA0-14E4-0D90-CD55

J **MÉDICO CARDIOLOGISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO CIRURGIÃO VASCULAR**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO CLÍNICO GERAL**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO DERMATOLOGIA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

J **MÉDICO DO TRABALHO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO ENDOCRINOLOGISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO GASTROENTEROLOGISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO GINECOLOGISTA/OBSTETRA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO NEUROLOGISTA**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO OFTALMOLOGISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO ORTOPEDISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO PEDIATRA**

		Grau

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/ - código validador: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO PSIQUIATRA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO REUMATOLOGISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO UROLOGISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **MÉDICO VETERINÁRIO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

I **MESTRE DE OBRAS**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.318,18	R$ 4.447,73	R$ 4.581,16	R$ 4.718,59	R$ 4.860,15	R$ 5.005,95	R$ 5.156,13	R$ 5.310,82	R$ 5.470,14	R$ 5.634,25
	II	R$ 4.534,09	R$ 4.670,11	R$ 4.810,22	R$ 4.954,52	R$ 5.103,16	R$ 5.256,25	R$ 5.413,94	R$ 5.576,36	R$ 5.743,65	R$ 5.915,96

E **MOTORISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

E **MOTORISTA - CLT**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

J **NUTRICIONISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

E **OFICIAL ADMINISTRATIVO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

E **OFICIAL ADMINISTRATIVO - CLT**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

A **OPERADOR DE ÁGUA - CLT**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

A **OPERADOR DE ESTRADA - CLT**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

E **OPERADOR DE MÁQUINA**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

E **OPERADOR DE MÁQUINA - CLT**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

E **ORIENTADOR SOCIAL**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

B **PEDREIRO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.032,50	R$ 2.093,48	R$ 2.156,28	R$ 2.220,97	R$ 2.287,60	R$ 2.356,22	R$ 2.426,91	R$ 2.499,72	R$ 2.574,71	R$ 2.651,95
	II	R$ 2.134,13	R$ 2.198,15	R$ 2.264,09	R$ 2.332,02	R$ 2.401,98	R$ 2.474,04	R$ 2.548,26	R$ 2.624,70	R$ 2.703,45	R$ 2.784,55

B **PINTOR**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.032,50	R$ 2.093,48	R$ 2.156,28	R$ 2.220,97	R$ 2.287,60	R$ 2.356,22	R$ 2.426,91	R$ 2.499,72	R$ 2.574,71	R$ 2.651,95
	II	R$ 2.134,13	R$ 2.198,15	R$ 2.264,09	R$ 2.332,02	R$ 2.401,98	R$ 2.474,04	R$ 2.548,26	R$ 2.624,70	R$ 2.703,45	R$ 2.784,55

M PROCURADOR MUNICIPAL*

	Grau

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 7.578,68	R$ 7.806,04	R$ 8.040,22	R$ 8.281,43	R$ 8.529,87	R$ 8.785,77	R$ 9.049,34	R$ 9.320,82	R$ 9.600,45	R$ 9.888,46
	II	R$ 7.957,61	R$ 8.196,34	R$ 8.442,23	R$ 8.695,50	R$ 8.956,36	R$ 9.225,06	R$ 9.501,81	R$ 9.786,86	R$ 10.080,47	R$ 10.382,88
	III	R$ 8.355,49	R$ 8.606,16	R$ 8.864,34	R$ 9.130,27	R$ 9.404,18	R$ 9.686,31	R$ 9.976,90	R$ 10.276,20	R$ 10.584,49	R$ 10.902,03
	IV	R$ 8.773,27	R$ 9.036,47	R$ 9.307,56	R$ 9.586,79	R$ 9.874,39	R$ 10.170,62	R$ 10.475,74	R$ 10.790,01	R$ 11.113,72	R$ 11.447,13

* sem prejuízo dos honorários sucumbenciais

J **PSICÓLOGO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

C **RECEPCIONISTA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.117,97	R$ 2.181,51	R$ 2.246,95	R$ 2.314,36	R$ 2.383,79	R$ 2.455,31	R$ 2.528,97	R$ 2.604,84	R$ 2.682,98	R$ 2.763,47
	II	R$ 2.223,87	R$ 2.290,58	R$ 2.359,30	R$ 2.430,08	R$ 2.502,98	R$ 2.578,07	R$ 2.655,42	R$ 2.735,08	R$ 2.817,13	R$ 2.901,64

A **SERVENTE**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

A **SERVENTE - CLT**

	Grau

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link "Validar documento digital" e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link "Validar documento digital" e informe o código: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

J **SOCIÓLOGO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93
	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

F **SUPERVISOR DE EQUIPE**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.824,00	R$ 2.908,72	R$ 2.995,98	R$ 3.085,86	R$ 3.178,44	R$ 3.273,79	R$ 3.372,00	R$ 3.473,16	R$ 3.577,36	R$ 3.684,68
	II	R$ 2.965,20	R$ 3.054,16	R$ 3.145,78	R$ 3.240,15	R$ 3.337,36	R$ 3.437,48	R$ 3.540,60	R$ 3.646,82	R$ 3.756,23	R$ 3.868,91

F **SUPERVISOR DE OBRAS**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.824,00	R$ 2.908,72	R$ 2.995,98	R$ 3.085,86	R$ 3.178,44	R$ 3.273,79	R$ 3.372,00	R$ 3.473,16	R$ 3.577,36	R$ 3.684,68
	II	R$ 2.965,20	R$ 3.054,16	R$ 3.145,78	R$ 3.240,15	R$ 3.337,36	R$ 3.437,48	R$ 3.540,60	R$ 3.646,82	R$ 3.756,23	R$ 3.868,91

E **TÉCNICO AGRÍCOLA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.494,50	R$ 2.569,34	R$ 2.646,42	R$ 2.725,81	R$ 2.807,58	R$ 2.891,81	R$ 2.978,56	R$ 3.067,92	R$ 3.159,96	R$ 3.254,76
	II	R$ 2.619,23	R$ 2.697,80	R$ 2.778,74	R$ 2.862,10	R$ 2.947,96	R$ 3.036,40	R$ 3.127,49	R$ 3.221,32	R$ 3.317,96	R$ 3.417,49

H **TÉCNICO DE LABORATÓRIO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 3EA1-4D90-CD35-6D19

Nível	I	R$ 3.603,57	R$ 3.711,68	R$ 3.823,03	R$ 3.937,72	R$ 4.055,85	R$ 4.177,53	R$ 4.302,85	R$ 4.431,94	R$ 4.564,89	R$ 4.701,84
	II	R$ 3.783,75	R$ 3.897,26	R$ 4.014,18	R$ 4.134,60	R$ 4.258,64	R$ 4.386,40	R$ 4.517,99	R$ 4.653,53	R$ 4.793,14	R$ 4.936,93

C.1 TÉCNICO EM ENFERMAGEM

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.369,60	R$ 2.440,69	R$ 2.513,91	R$ 2.589,33	R$ 2.667,01	R$ 2.747,02	R$ 2.829,43	R$ 2.914,31	R$ 3.001,74	R$ 3.091,79
	II	R$ 2.488,08	R$ 2.562,72	R$ 2.639,60	R$ 2.718,79	R$ 2.800,36	R$ 2.884,37	R$ 2.970,90	R$ 3.060,02	R$ 3.151,83	R$ 3.246,38

G TÉCNICO EM ENFERMAGEM 8 HS

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 3.160,31	R$ 3.255,12	R$ 3.352,77	R$ 3.453,36	R$ 3.556,96	R$ 3.663,67	R$ 3.773,58	R$ 3.886,78	R$ 4.003,39	R$ 4.123,49
	II	R$ 3.318,33	R$ 3.417,88	R$ 3.520,41	R$ 3.626,02	R$ 3.734,80	R$ 3.846,85	R$ 3.962,25	R$ 4.081,12	R$ 4.203,56	R$ 4.329,66

G TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 3.160,31	R$ 3.255,12	R$ 3.352,77	R$ 3.453,36	R$ 3.556,96	R$ 3.663,67	R$ 3.773,58	R$ 3.886,78	R$ 4.003,39	R$ 4.123,49
	II	R$ 3.318,33	R$ 3.417,88	R$ 3.520,41	R$ 3.626,02	R$ 3.734,80	R$ 3.846,85	R$ 3.962,25	R$ 4.081,12	R$ 4.203,56	R$ 4.329,66

D TELEFONISTA

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.267,04	R$ 2.335,05	R$ 2.405,10	R$ 2.477,26	R$ 2.551,57	R$ 2.628,12	R$ 2.706,96	R$ 2.788,17	R$ 2.871,82	R$ 2.957,97
	II	R$ 2.380,39	R$ 2.451,80	R$ 2.525,36	R$ 2.601,12	R$ 2.679,15	R$ 2.759,53	R$ 2.842,31	R$ 2.927,58	R$ 3.015,41	R$ 3.105,87

J TERAPEUTA OCUPACIONAL

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56
	III	R$ 5.236,88	R$ 5.393,98	R$ 5.555,80	R$ 5.722,47	R$ 5.894,15	R$ 6.070,97	R$ 6.253,10	R$ 6.440,70	R$ 6.633,92	R$ 6.832,93

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas acesse https://e-processo.tce.sp.gov.br/validar/ e informe o código: 3EA1-4D90-CD53-6D10

	IV	R$ 5.498,72	R$ 5.663,68	R$ 5.833,59	R$ 6.008,60	R$ 6.188,86	R$ 6.374,52	R$ 6.565,76	R$ 6.762,73	R$ 6.965,61	R$ 7.174,58

J **TESOUREIRO - CLT**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 4.750,00	R$ 4.892,50	R$ 5.039,28	R$ 5.190,45	R$ 5.346,17	R$ 5.506,55	R$ 5.671,75	R$ 5.841,90	R$ 6.017,16	R$ 6.197,67
	II	R$ 4.987,50	R$ 5.137,13	R$ 5.291,24	R$ 5.449,98	R$ 5.613,48	R$ 5.781,88	R$ 5.955,34	R$ 6.134,00	R$ 6.318,02	R$ 6.507,56

A **VIGIA**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 1.980,00	R$ 2.039,40	R$ 2.100,58	R$ 2.163,60	R$ 2.228,51	R$ 2.295,36	R$ 2.364,22	R$ 2.435,15	R$ 2.508,20	R$ 2.583,45
	II	R$ 2.079,00	R$ 2.141,37	R$ 2.205,61	R$ 2.271,78	R$ 2.339,93	R$ 2.410,13	R$ 2.482,43	R$ 2.556,91	R$ 2.633,61	R$ 2.712,62

F **VISITADOR SANITÁRIO**

		Grau									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível	I	R$ 2.824,00	R$ 2.908,72	R$ 2.995,98	R$ 3.085,86	R$ 3.178,44	R$ 3.273,79	R$ 3.372,00	R$ 3.473,16	R$ 3.577,36	R$ 3.684,68
	II	R$ 2.965,20	R$ 3.054,16	R$ 3.145,78	R$ 3.240,15	R$ 3.337,36	R$ 3.437,48	R$ 3.540,60	R$ 3.646,82	R$ 3.756,23	R$ 3.868,91

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU
Assinado por 1 pessoa: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: A919-53DC-06D4-10EA

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR (CPF 162.XXX.XXX-60) em 27/03/2024 20:43:54 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: AC CONSULTI BRASIL RFB << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/A919-53DC-06D4-10EA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LD-2FA2-84VH-5ESU

Igarapava, em 25 de fevereiro de 2025.

Exma. Sra.
Dra. Cristiana de Castro Moraes
DD. Conselheira do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - SP

Ref.: eTC-004402/989/23-0
Órgão Público: Prefeitura do Município de Igarapava
Assunto: Contas Anuais
Exercício: 2023

Exma. Senhora Conselheira,

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA, neste ato representada pelo seu ex-Prefeito, Sr. José Ricardo Rodrigues Mattar, em atendimento ao despacho exarado por Vossa Excelência, publicado no Diário Oficial do Estado em 14 de outubro de 2024 vem, respeitosamente, através do advogado que esta subscreve, apresentar suas justificativas em face dos apontamentos consignados no Relatório de Fiscalização, constantes dos autos do expediente em epígrafe, que abriga o exame das Contas Anuais de 2023 deste Executivo de Igarapava.

Antes, porém, é de se destacar, desde já, que não obstante eventuais glosas, a análise levada a efeito pela diligente fiscalização desta Egrégia Corte comprova, sobretudo, os bons resultados da Administração nos principais quesitos, como demonstrado na "Síntese do Apurado", presente às fls. 60 e seguintes do Relatório de Fiscalização (Evento 62.65):

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

ITENS

CONTROLE INTERNO.....Regular
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Percentual de investimentos.....5,48%
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTÁ AMPARADO EM SUPERÁVIT FINANCEIRO ANTERIOR?.....Sim
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA FEZ SURGIR DÉFICIT FINANCEIRO?.....Não
DÍVIDA DE CURTO PRAZO.....Favorável
DÍVIDA DE LONGO PRAZO.....Favorável
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento/depósito de precatórios judiciais?.....Sim
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento de requisitórios de baixa monta?.....Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Geral de Previdência Social (INSS)?.....Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Próprio de Previdência Social?.....Sim
ENCARGOS – Está cumprindo parcelamentos de débitos de encargos?.....Sim
TRANSFERÊNCIAS AO LEGISLATIVO - Os repasses atenderam ao limite constitucional?.....Sim
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Despesa de pessoal em dezembro do exercício em exame.....41,38%
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Atendido o artigo 21, I, da LRF?.....Sim
ENSINO - Aplicação na Educação - artigo 212 da Constituição Federal-CF (mínimo 25%)...32,46%
ENSINO - Fundeb[1] aplicado na remuneração dos profissionais da educação básica (mínimo 70%).....93,38%
ENSINO - Recursos do Fundeb aplicados no exercício (mínimo 90%).....100,00%
SAÚDE - Aplicação na Saúde (mínimo 15%).....26,34%

E os resultados acima, ressalte-se, foram os encontrados pela própria fiscalização dessa Corte, após sua inspeção ordinária!

Portanto, Excelência, tem-se que os principais indicadores de gestão foram plenamente atendidos no exercício em apreço, o que, *per si,* só faz reforçar a situação de conformidade e regularidade das Contas em apreço demonstrando, assim, que mesmo ante à existência de apontamentos, certamente não se revelam os mesmos suficientes para ensejar ilegalidade apta à sua rejeição.

Dito isso, passa-se à apresentação da defesa, para tanto adotando-se, como padronização, transcrever os apontamentos na conclusão do Relatório de Fiscalização em caixas de texto, *com caracteres em negrito e itálico*, seguidas das justificativas e textos complementares, em caracteres normais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

A.4. FISCALIZAÇÕES ORDENADAS

- Foram constatadas irregularidades que permaneceram em novas verificações relativas à I Fiscalização Ordenada Nacional 2023 - Escolas; e à IV Fiscalização Ordenada 2023 - Escolas em Tempo Integral.

Como evidenciado no TC 8955/989/23, quando da realização da Fiscalização Ordenada com o tema "Escolas em Tempo Integral" e aberto prazo para que o Município pudesse se manifestar, esta realizou os devidos protocolos, constantes nos Eventos 23.3 e 47.1 daquele processo.

Contudo, ao retornar aos locais para a verificação complementar, a própria Fiscalização constatou que alguns apontamentos **já foram ou estão sendo regularizados**.

Com a devida vênia, Excelência, mesmo as falhas que remanescem - à exemplo do AVCB que foi apontado - existem processos licitatórios em andamento, de modo que cabe-nos, nesse momento, rogar para que sejam consideradas as informações trazidas no item B.3 da presente Defesa.

Ademais, é cediço que as adequações estruturais - à exemplo da instalação de sinalização tátil constatada na Fiscalização Ordenada Nacional - essas possuem limitações orçamentárias e financeiras, ao passo que é conhecimento da Administração a necessidade e, ademais, dentro das possibilidades, as adequações serão realizadas.

Assim, requeremos a desconsideração do apontamento e, complementarmente, que sejam consideradas as informações com o tema "Educação" trazidas ao longo da presente peça.

B.1. PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (i-Plan/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Plan demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.
- Os percentuais autorizados nas peças orçamentárias da Origem, para abertura de créditos adicionais suplementares, superaram o patamar de inflação da época, em inobservância ao disposto no item 7 do Comunicado SDG nº 13/2017;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

- Foram abertos créditos adicionais suplementares por decreto (18,73%) acima dos próprios limites (10%) definidos nas peças orçamentárias;
- Alto índice de alterações orçamentárias no exercício de 2023 (32,04%), demonstrando a precariedade do planejamento orçamentário, pressuposto para a responsabilidade da gestão fiscal (art. 1º, § 1º, da LRF);
- Grande parte das metas e indicadores do planejamento não possuem utilidade, tendo em vista a ausência de capacidade de suportar decisões seja no nível operacional, tático ou estratégico;
- Parte das metas das ações previstas não possuem validade (capacidade de impactar a realidade mensurada pelo indicador) e não permitem monitorar e avaliar a efetividade das ações desenvolvidas no ciclo das políticas públicas (formulação, execução, monitoramento e avaliação);
- Parte das metas constantes no anexo da LDO não condizem com o informado no relatório de atividades, demonstrando a falta de fidedignidade das informações enviadas ao Sistema Audesp;
- O Município deixou de dar efetivo cumprimento ao artigo 165, §1º, da CF;
- O Município não elaborou o relatório anual de avaliação dos programas finalísticos monitorados do PPA prejudicando o monitoramento, avaliação e controle do planejamento municipal

Referindo-se aos apontamentos atinentes à pontos aventados pela fiscalização que denotam fragilidade no setor correspondente, bem como, a alegação de que a série histórica demonstrou estagnação, admitimos a necessidade de continuamente evoluir nesse quesito.

Contudo, em que pese o respeito devido, ousa-se dissentir dessa alegação.

É certo e inequívoco que todas as ações relativas ao planejamento foram estabelecidas com enorme critério e cuidado, bem como efetivamente executadas no exercício.

Tanto é assim que foi possível melhorar significativamente a nota de dois indicadores *i-Gov-TI* de C para B e do *i-Saúde* de C+ para B, este último de extrema importância para a população.

A evolução observada, reforça a importância dos trabalhos realizados pela equipe técnica e administrativa do Município que, mesmo diante de desafios, tem envidado

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

esforços contínuos para aperfeiçoar a gestão pública. Esses resultados são indicativos de que as políticas públicas e as ações administrativas estão no caminho certo, promovendo avanços significativos em pontos cruciais como a saúde pública.

Relativamente às ocorrências, em si, reputadas em relação à alegação de que o percentual de suplementações supera a inflação, bem como tenha ocorrido alto índice de alterações orçamentárias e acima dos limites estabelecidos por lei, tais assuntos já estão sendo analisados e esclarecidos no tópico C.1.1. dessa mesma peça de defesa, pelo que nos remetemos às justificativas neles apresentadas, em homenagem ao princípio da celeridade e economia processual.

Já no tocante às inconsistências constatadas nas peças de planejamento, em relação às metas de programas e ações não terem em parte utilidade e não permitirem monitorar as ações governamentais, destacamos que conforme o próprio a.d. fiscalização colacionou em fls. 11 do relatório, e que estão baseadas em percentual, tratam-se, de indicadores relacionados a programas de manutenção, interpretando a Administração como despesas que ocorrem de forma uniforme dentro do Planejamento Plurianual. De igual modo se deu a avaliação dessas ações no relatório de atividades, indicando a proporção de recursos financeiros utilizados em relação à meta estabelecida.

Ainda, temos a salientar que, tais desajustes acorreram em ações e indicadores que visavam a manutenção dos setores, não guardando relação com a alegação de que o município deixou de dar efetivo cumprimento ao artigo 165, § 1º da Constituição Federal, haja vista que existem ações para despesa de capital e delas decorrentes, bem como programas que atendem despesas de caráter continuado.

Quanto à elaboração atinente ao Relatório Anual de Avaliação dos Programas Finalísticos do PPA e sua divulgação, esclarecemos que a municipalidade tendo tomado ciência da sua necessidade e importância, se compromete a realizar no curso da execução dos Programas de 2025, o qual poderá ser contatado nas próximas fiscalizações.

Assim, a Administração vem buscando o aprimoramento do quesito e se compromete a aperfeiçoar as peças de planejamento e incorporar as orientações desta E. Corte de Contas quando da elaboração do PPA para 2026-2029.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

B.2. ADEQUAÇÃO FISCAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (i-Fiscal/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Fiscal demonstrou involução, obtendo nota C+ no exercício em exame - em fase de adequação, em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.
- Baixo recebimento da dívida ativa do Município durante o exercício analisado, em relação ao estoque inicial;
- A Prefeitura não implantou o Plano de Cargos e Salários Específico para os Fiscais Tributários, o que compromete a autonomia no desempenho de suas funções, tratada no inciso XVIII, do artigo 37, da Constituição Federal;
- O percentual da despesa corrente do Ente foi de 96,79% em relação a sua receita corrente, superando o limite (95%) do artigo 167-A da Constituição Federal.

No que tange ao presente tópico, destaca-se a satisfação da Administração Municipal com as ações já implementadas, as quais visam ao aprimoramento contínuo dos índices e ao impacto positivo nas políticas públicas do Município. Apesar da leve involução no índice atribuído, as providências em curso demonstram o empenho da Administração em promover melhorias substanciais, conforme se detalha a seguir.

Relativamente ao apontamento sobre a Dívida Ativa, por existir item específico tratado nesta Defesa (C.2.1) e, em observância aos princípios da celeridade e da economia processual, reporta-se às argumentações expostas no tópico correspondente.

Quanto à alegação de ausência de um Plano de Cargos e Salários Específico para os Fiscais Tributários, cumpre informar que a Administração Municipal implementou a reestruturação formal do cargo por meio da Lei Complementar n.º 94, de 27 de março de 2024 (Doc. 01).

Essa legislação foi concebida para valorizar e profissionalizar a atuação dos servidores, atendendo ao preceito constitucional disposto no inciso XVIII do artigo 37 da Constituição Federal, que trata da autonomia funcional para o exercício de atribuições específicas.

Entre os avanços trazidos pela Lei Complementar, destacam-se:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

- **Renomeação e Reestruturação do Cargo:** O cargo de Fiscal Tributário foi renomeado para Auditor Fiscal da Receita Municipal, com atribuições detalhadas e específicas para fortalecer a fiscalização tributária;

- **Nova Tabela de Vencimentos:** A criação de uma tabela de vencimentos mais justa e motivadora, alinhada às responsabilidades do cargo, promovendo maior equidade e estímulo aos servidores;

- **Progressão Funcional:** Estabeleceu-se um sistema de progressão funcional que incentiva a capacitação contínua e a valorização dos profissionais.

Ademais, a autonomia funcional dos Auditores Fiscais, agora consolidada, confere maior eficácia às atividades de fiscalização, garantindo o cumprimento das obrigações tributárias pelos contribuintes e a maximização da arrecadação tributária no interesse público.

A reestruturação do cargo reflete o compromisso da Administração em alinhar suas práticas aos dispositivos constitucionais e às boas práticas de gestão pública, promovendo avanços que beneficiarão o Município de forma ampla e perene.

Dessa forma, considerando os esforços concretos e o impacto positivo das medidas adotadas, requer-se a desconsideração do apontamento, reconhecendo-se o compromisso do Município com o aprimoramento contínuo e com a excelência administrativa.

B.3. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ENSINO (i-Educ/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Educ demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.
- IDEB para os anos iniciais do Ensino Fundamental da rede municipal de ensino abaixo da meta nos últimos dois exercícios avaliados (2021 e 2023), contrariando o estabelecido na meta 7 do seu Plano Municipal de Educação;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

- A Prefeitura não realiza o monitoramento da execução e atingimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Educação, em desacordo com o previsto em seu art. 5°;
- Nenhum dos 15 estabelecimentos de ensino da rede pública municipal possuíam Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB vigente no ano de 2023;
- Diversas irregularidades de infraestrutura nas escolas: EMEF Jardel Biguetti Domeneghi e EMEI Maria da Conceição dos santos;
- Constatada demanda não atendida por vagas em creche, totalizando 201 crianças na lista de espera, em prejuízo ao disposto nos arts. 7º, XXV, e 208, IV, da Constituição Federal, arts. 4º, II, e 11, V, da Lei nº 9.394/1996 e art. 54, IV, da Lei nº 8.069/1990 e recomendação deste Tribunal de Contas;
- Obra de creche tipo 2 (Programa Proinfância), com contrato assinado desde 24/06/2022, e que ficou mais de 18 meses sem ser iniciada;
- Falta de transparência e comunicação entre a Prefeitura e o CACS FUNDEB com emissão de parecer inconclusivo referente a aplicação dos recursos em 2023.

No âmbito do presente tópico e muito embora não tenha ocorrido o aumento da nota do IEG-M, temos que as ações demonstrarão que a Administração Municipal encontra-se no caminho correto para o aumento das notas.

No que concerne ao atingimento das ODS e como bem elucidado no item F.1, o Município está caminhando para evoluir nas notas atribuídas em relação ao ensino no Município e, por consequência, em relação aos índices.

Já em relação ao ambiente físico do ensino e ao apontamento de que nenhuma Unidade possui Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), cumpre-nos mencionar que o Município contratou a empresa VSA Engenharia LTDA para a elaboração de projetos de prevenção e combate a incêndio, obtenção do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros bem como regularização das edificações de diversas instituições dentro do Município.

A empresa foi selecionada através do Processo de Licitação - Tomada de Preços n.º 029/2022 e o contrato firmado é o de n.º 070/2023. Ademais, houve avanços no projeto, ao passo que, já fora protocolado, em relação a algumas Unidades, a Análise de Projetos Técnicos à exemplo dos documentos que anexamos à presente Defesa (Doc. 02).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

Acerca do apontamento de que houve falta de transparência e comunicação entre o CACS FUNDEB e a Prefeitura ao passo que o Conselho não recebeu toda a documentação de forma tempestiva e, consequentemente, emitiu o parecer de forma inconclusiva, temos que, o Departamento competente está trabalhando para que sejam feitas as adequações necessárias e, o envio intempestivo ao Conselho seja corrigido. Destarte, rogamos pela completa desconsideração do apontamento.

No que tange aos demais apontamentos atinentes ao tema, a Administração está trabalhando para as adequações necessárias e, quando das próximas Fiscalizações, diversas adequações serão verificadas.

Desse modo, Excelência, rogamos pela desconsideração do apontamento, reafirmando nosso compromisso com as ações que visam a melhoria na educação do Município.

B.5. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS AMBIENTAIS (i-Amb/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Amb demonstrou involução, obtendo nota C no exercício analisado - baixo índice de efetividade, em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas;
- A Prefeitura Municipal não realiza e não regulamentou o sistema de coleta seletiva de resíduos sólidos contrariando o estabelecido no artigo 19, incisos XIV e XV, da Lei Federal nº 12.305, de 2 de agosto de 2010.

No âmbito do presente tópico, cumpre-nos inicialmente destacar que, ainda que o índice em questão tenha apresentado uma involução, diversas providências já foram adotadas pela Administração Municipal, sinalizando um caminho de progresso e evolução neste quesito, como se demonstrará a seguir.

Encontra-se em fase de construção, por meio de uma parceria firmada com a Fundo Estadual de Recursos Hídricos - FEHIDRO, um ecoponto municipal destinado ao recebimento de resíduos sólidos provenientes da construção civil e de materiais sujeitos à logística reversa, conforme disciplinado pelo artigo 33 da Lei Federal n.º 12.305/2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

O prazo para conclusão do ecoponto está estipulado para o ano de 2025, sendo certo que este equipamento urbano contribuirá significativamente para a ampliação dos serviços de gestão ambiental, promovendo maior sustentabilidade e inclusão social na destinação correta dos resíduos gerados no município.

No que concerne ao apontamento de que a Prefeitura Municipal ainda não possui programa de coleta seletiva plenamente implantado, é importante destacar que o Município já desenvolve um projeto piloto, executado por meio de parceria com a Cooperativa de Reciclagem – CooperIga. Essa cooperativa é responsável pela coleta, triagem, comercialização e destinação final de resíduos recicláveis e reutilizáveis.

O projeto encontra-se em fase inicial e abrange bairros estratégicos do município como forma de amostragem, contando, ainda, com um ponto de entrega voluntária (PEV), que possibilita à população realizar a destinação correta de materiais recicláveis. Após a conclusão do ecoponto, haverá a regulamentação formal do serviço, o que permitirá sua ampliação para demais regiões e a consolidação do programa de coleta seletiva em âmbito municipal.

Excelência, pela vasta demonstração das medidas já implementadas e em fase de execução pela Administração Municipal, que revelam o compromisso com a evolução e o aperfeiçoamento das políticas públicas voltadas à gestão de resíduos sólidos, rogamos pela completa desconsideração do presente apontamento.

Alternativamente, caso assim não entenda essa Egrégia Corte, requer-se que o apontamento seja alçado ao campo das recomendações, reconhecendo-se que o Município está envidando todos os esforços possíveis para alcançar os objetivos propostos e adequar-se às normativas legais e aos padrões de sustentabilidade ambiental.

B.6. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE INFRAESTRUTURA (iCidade/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Cidade demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas;
- A Prefeitura Municipal não possui Plano de Contingência Municipal de Defesa Civil – PLANCON

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

A Administração Municipal tem envidado esforços significativos para promover melhorias estruturais no município, especialmente no que concerne à interligação entre bairros, com vistas a garantir maior integração urbana, mobilidade eficiente e segurança à população.

Reconhecemos a relevância das recomendações formuladas por essa Egrégia Corte de Contas e reiteramos o firme compromisso da Prefeitura em observar e implementar todas as diretrizes e medidas cabíveis para o aprimoramento contínuo dos serviços e infraestruturas disponibilizados aos munícipes.

Nos últimos anos, diversas intervenções estratégicas foram realizadas para melhorar a conectividade entre os bairros, otimizando o acesso a serviços públicos, reduzindo o tempo de deslocamento e elevando a qualidade de vida da população. Dentre as principais ações, destacam-se:

1. **Expansão e Pavimentação de Vias**: as principais estradas e vias secundárias foram ampliadas e pavimentadas, visando atender ao aumento da demanda por mobilidade urbana e facilitar a integração entre os bairros;

2. **Instalação de Iluminação Pública em LED e Sinalização Viária**: a modernização da iluminação e o aprimoramento da sinalização contribuíram significativamente para a segurança de pedestres e motoristas nas vias interligadas.

No que se refere ao apontamento quanto à ausência de um Plano de Contingência Municipal de Defesa Civil (PLANCON), a Administração Municipal reconhece a importância dessa ferramenta para a resposta eficiente a eventos críticos e emergenciais.

Com o objetivo de suprir tal lacuna, o Município deu início à elaboração do referido plano, contando com o suporte técnico de especialistas em defesa civil e gestão de crises. A estruturação do PLANCON visa garantir a preparação adequada do município para a proteção e segurança de seus cidadãos em situações de emergência.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

O referido plano encontra-se em fase avançada de elaboração, com previsão de conclusão e implementação nos próximos meses, o que reafirma o compromisso da Administração Municipal com a gestão responsável e preventiva.

Diante do exposto, e considerando as providências já adotadas e as ações em curso, requer-se a completa desconsideração do presente apontamento, reconhecendo-se o compromisso da Administração em adotar medidas que assegurem a eficiência na gestão pública e a segurança da população.

C.1.1. RESULTADO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- O Município procedeu à abertura de créditos adicionais correspondente a 32,04% da Despesa Fixada Inicial;
- Abertura de créditos adicionais suplementares em percentual superior ao permitido nas peças orçamentárias da Origem;
- Esse percentual de alteração ratifica o baixo nível de adequação às dimensões auditadas pelo resultado do I-Plan/IEG-M descrito no item B.1. deste relatório e demonstra a precariedade do planejamento orçamentário, pressuposto para a responsabilidade da gestão fiscal (art. 1º, § 1º, da LRF).

Inobstante a constatação que o Município de Igarapava em 2023, produziu *superávit* financeiro no significativo valor de R$ 4.779.063,11, aponta a Fiscalização que a Prefeitura teria procedido à abertura de créditos adicionais em valor correspondente a 32,04% da despesa inicial fixada (tais alterações somariam 57.344.326,92).

Primeiramente, cumpre discorrer que de acordo com o que preconizava a Lei nº 1.085, de 27 de dezembro de 2022 - Lei Orçamentária Anual do exercício de 2023 - em seu art. 4º, o Município poderia proceder à abertura de créditos adicionais até o limite de 10% do orçamento das despesas.

Embora o referido percentual tenha sido previsto acima da inflação do período, salientamos que o mesmo teve aprovação legislativa e que muito embora previsto, não houve a utilização por decreto acima da sua previsão, como discorreremos a seguir.

Assim, considerando um orçamento de que a autorização equivalente a 10% desse montante abrangia o valor de 17.897.730,00, é certo - conforme restou detalhado no

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

respectivo demonstrativo anexo (Doc. 03) **que as alterações estavam totalmente amparadas por dispositivo legal.**

Isso porque, tal como no referido quadro retratado, verifica-se que do valor total de alterações, alegado pela n.d. Fiscalização, um montante de 29.721.011,69, na realidade, refere-se a alterações orçamentárias promovidas através da edição de Leis específicas, submetidas, portanto, ao crivo e regular aprovação legislativa, consequentemente não onerando o limite de alterações a serem possibilitadas de forma livre, no art. 4º da LOA.

Ademais, consoante também retratado no aludido demonstrativo, o valor de 15.471.414,38, referente à créditos abertos por decreto em decorrência das excepcionalidades previstas na referida lei, qual seja o remanejamento dentro da mesma categoria de programação, conforme inciso IV, no valor de 1.072.000,00 e de créditos para atender insuficiência de dotações para pessoal, dívida e precatórios no valor de 14.399.414,38, conforme § 3º ambos do art. 4º da LOA.

Portanto, por qualquer viés de análise, é possível concluir que as alterações promovidas não revelam defeitos graves na realização do Planejamento, **seja pelo fato de que as alterações promovidas por Decreto no valor de 12.151.900,85 correspondem a um percentual de 6,78% bem abaixo da forma autorizada pelo inciso I do art. 4º da LOA, que de igual modo não ultrapassaram o percentual de livres alterações orçamentárias, de 10%,** estabelecido na própria LOA, seja pelo fato de que a grande maioria dos créditos não eram previsíveis para a Administração por se tratarem de créditos adicionais por excesso de arrecadação, *superávit* financeiro do exercício anterior, que quase em sua totalidade foram abertos com a específica autorização legislativa.

De outra banda, não seria demasiado acrescentar que a abertura de créditos adicionais **não causou desajuste fiscal, vez que, conforme retrata o próprio Relatório de Fiscalização, o resultado financeiro foi SUPERAVITÁRIO.**

Assim, ante os esclarecimentos e à luz do que preceitua a própria jurisprudência que vem, a cada dia mais, compactuando de forma unânime a esse respeito, PUGNA-SE PELA COMPLETA DESCONSIDERAÇÃO DO APONTAMENTO.

C.1.5.1. PRECATÓRIOS

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

- O Balanço Patrimonial não registra corretamente a dívida de precatórios da Origem pois foi observado divergência entre o saldo de precatórios em 31/12/2023 constante do mapa encaminhado ao Sistema AUDESP e o valor registrado em seu Balanço Patrimonial;
- O Balanço Patrimonial não registra corretamente os saldos financeiros existentes nas contas bancárias junto ao Tribunal de Justiça, pois não foi realizada as baixas na ocasião dos pagamentos de precatórios realizados pelo DEPRE;
- Tais ocorrências prejudicam a fidedignidade das peças contábeis da Origem e contrariam os princípios da transparência fiscal (artigo 1º, § 1º, da Lei de Responsabilidade Fiscal) e da evidenciação contábil (artigo 85 da Lei nº 4.320, de 1964).

No presente tópico a d. auditoria aponta que o Balanço Patrimonial não registra corretamente a dívida com precatórios, pois foi observado divergência entre seu registro e o informado ao sistema AUDESP e os saldos financeiros existentes nas contas bancárias junto aos Tribunais, a qual tecemos nossas considerações:

Inicialmente, cumpre destacar, Nobre Conselheiro, que a Municipalidade efetuou o depósito integral da dívida de precatórios do exercício em exame, assim como atesta o próprio i. agente de fiscalização em fls. 35 do relatório, *in verbis*:

> ***Os testes efetuados, na extensão considerada necessária,*** **permitiram constatar que houve depósito da dívida referente ao exercício analisado,** ***tendo sido depositado o montante de R$3.562.537,21 ao longo do período[...].*** [DESTACAMOS]

Resta evidente, portanto, o cumprimento das obrigações desta Municipalidade no que concerne aos depósitos de seus precatórios haja vista o enquadramento no Regime Especial.

Pois bem. O que gerou divergência entre o saldo do Balanço Patrimonial e o valor registrado no sistema AUDESP foi a inclusão do Mapa de Precatórios do exercício de 2024 que deixou de ser informado oportunamente em razão da dificuldade de obter a informação junto ao corpo jurídico, contudo logo que possível, a informação foi atualizada no sistema AUDESP e que será atualizada de igual modo no fechamento do próximo Balanço Patrimonial.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

Já quanto a falta de baixa dos saldos financeiros existentes nas contas bancárias junto aos Tribunais no ativo, se deu, pois, a contabilidade só realiza a baixa dos precatórios, vez que recebe a informação de que o TJSP realizou o pagamento ao credor conforme o entendimento desta Corte, não obstante a necessidade de manutenção do saldo em conta do passivo pela mesma razão. Contudo, tal informação até o momento de fechamento do exercício não era conhecida e, portanto, por prudência e seguindo o entendimento acima, os saldos foram mantidos.

Outrossim, o posicionamento deste E. Tribunal que, em casos até mais graves, releva os apontamentos e os alça ao campo das recomendações, assim como se verifica em recentíssima decisão de Vossa Excelência:

> ***Conselheiro Robson Marinho***
> ***Segunda Câmara Sessão: 13/6/2023***
> *TC-007249.989.20-3 -*
> ***Prefeitura Municipal**: Aparecida.*
> ***Exercício:** 2021.*
> ***RELATÓRIO***
> *(...)*
> *As principais ocorrências anotadas no relatório de fiscalização são as seguintes, em síntese:*
> *(...)*
> ***B.1.5.1. Precatórios - O Balanço Patrimonial registra valor de dívidas de precatórios R$ 2.939.697,03 a maior do que o informado pelos tribunais.***
> ***- O Balanço Patrimonial não registra, corretamente, a dívida de precatórios.***
> ***- Falta de fidedignidade da informação de precatórios prestada ao Sistema AUDESP.***
> ***- Contabilidade não registrou pagamentos de precatórios efetuados pelo TJ e pelo TRT.***
> ***- O Balanço Patrimonial não registra, corretamente, os saldos financeiros existentes nas contas bancárias junto ao(s) Tribunal(is).***
> *(...)*
> ***Voto** (...) **A fiscalização atestou a regularidade dos pagamentos relacionados aos encargos sociais e precatórios. Quanto a esses últimos, porém, foram apuradas diversas inconsistências de registro, razão pela qual advirto à Origem para a observância da fidedignidade das informações prestadas ao sistema Audesp e constantes no Balanço Patrimonial.** (...) Diante do exposto, **voto no sentido da emissão de parecer favorável à aprovação das contas anuais,** referentes ao exercício de 2021, da Prefeitura Municipal de*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

Aparecida, exceção feita aos atos porventura pendentes de apreciação por este Tribunal. [DESTACAMOS]

Sendo assim, por se tratar de mera falha formal a qual, por si só, não tem o condão de macular as contas municipais a ponto de ensejar sua reprovação, pugna pela concessão de beneplácito dessa C. Corte de Contas.

Desta feita, requer-se o julgamento equânime ao da recentíssima decisão da lavra de Vossa Excelência.

C.1.6. DEPÓSITOS JUDICIAIS E EXTRAJUDICIAIS

- Falhas de contabilização referente aos depósitos judiciais do Fundo garantidor-TJSP, tendo em vista que não foram observadas as orientações previstas na Lei Municipal nº 836/2019, no Item 30 das Instruções de Procedimentos Contábeis nº 15 (IPC 15) da Secretaria do Tesouro Nacional e no Comunicado SDG nº 29/2021, em desobediência aos princípios da transparência fiscal e da evidenciação contábil.

Em atenção ao questionamento formulado por essa Egrégia Corte, no tocante às falhas de contabilização dos depósitos judiciais do Fundo Garantidor do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), esclarecemos que, de fato, a contabilização na dívida consolidada não foi realizada no exercício em análise, sendo registrada apenas a movimentação orçamentária.

Todavia, cientes da necessidade de adequação às normas contábeis aplicáveis ao setor público, informamos que o saldo remanescente referente a esses depósitos foi devidamente regularizado e lançado no balanço patrimonial do exercício de 2024 garantindo, assim, o devido cumprimento das disposições contidas na Lei Municipal nº 836/2019, no Item 30 das Instruções de Procedimentos Contábeis nº 15 (IPC 15) da Secretaria do Tesouro Nacional e no Comunicado SDG nº 29/2021.

Destacamos, ainda, que a Administração Municipal encontra-se empenhada em aprimorar seus procedimentos contábeis, assegurando a plena observância dos princípios da transparência fiscal e da evidenciação contábil, conforme preconizado na Lei de Responsabilidade Fiscal e demais normativos aplicáveis.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

Dessa forma, considerando a regularização já efetuada e a adoção de medidas corretivas, pleiteamos para que o apontamento seja desconsiderado ou, ao menos, alçado ao campo das recomendações.

C.1.7.3. REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA

- O Município está em situação irregular perante a Lei Federal nº 9.717/1998, o que constitui óbice à emissão do Certificado de Regularidade Previdenciária pela via convencional, sendo que o último CRP obtido dessa forma expirou em 2014.

Em atenção ao questionamento C.1.7.3, referente à situação do Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) do Município de Igarapava, cumpre esclarecer que, anteriormente, o Município encontrava-se em situação de irregularidade perante as disposições da Lei Federal nº 9.717/1998, o que inviabilizava a emissão do Certificado de Regularidade Previdenciária (CRP) pelo procedimento convencional desde o ano de 2014.

Contudo, visando a superação dessa pendência, o Município adotou medidas concretas e efetivas para regularizar a situação junto ao Ministério da Previdência Social. Atualmente, o Município detém o Certificado de Regularidade Previdenciária nº 986503-236928, emitido em 25 de setembro de 2024, com validade até 24 de março de 2025.

Embora a obtenção do CRP tenha ocorrido com respaldo em decisão judicial, destaca-se que a Administração Municipal tem envidado esforços contínuos para alcançar a regularização plena e definitiva perante os critérios estabelecidos pela legislação previdenciária vigente.

Tais esforços incluem o cumprimento gradativo das exigências normativas, a negociação de passivos e a adequação dos procedimentos internos, com vistas a atender integralmente as obrigações legais junto ao órgão competente.

Essa postura demonstra o compromisso inequívoco do Município em garantir a sustentabilidade do RPPS, assegurando o equilíbrio financeiro e atuarial necessário, além de preservar os direitos dos segurados, consolidando a conformidade do regime

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

previdenciário municipal com os parâmetros legais aplicáveis, pelo que, rogamos pela desconsideração do apontamento pelas medidas já adotadas.

C.1.7.3.1. IRREGULARIDADES NO PAGAMENTO DOS APORTES PARA EQUACIONAMENTO DO DÉFICIT ATUARIAL

- Do valor total de R$ 7.233.403,53 devido pela Prefeitura, foi pago apenas R$ 2.480.755,42, restando um saldo devedor de R$ 4.752.648,11 ao final de 2023;
- Ao final do exercício, foi enviado projeto de Lei para parcelamento deste saldo devedor, que não foi aprovado pela Câmara Municipal;
- Dotação final (após cancelamentos de dotações) insuficiente para suportar as despesas com os aportes para amortização do déficit atuarial;
- A falta de regular cumprimento pela Prefeitura das obrigações relacionadas aos aportes devidos ao RPPS vem ocorrendo de forma recorrente e gerando sucessivos parcelamentos, o que aumenta seu endividamento de longo prazo e compromete orçamentos futuros do Município e a preservação do equilíbrio financeiro e atuarial do RPPS, em prejuízo ao art. 40, caput, da Constituição Federal, art. 69 da LRF e art. 1º, caput, da Lei nº 9.717/1998.

No que atine ao apontamento referente às irregularidades no pagamento dos aportes para equacionamento do *déficit* atuarial, cumpre esclarecer os seguintes pontos:

Inicialmente, no que se refere ao saldo devedor remanescente ao final do exercício de 2023, cabe destacar que, conforme bem colocou o n. d. fiscalização, foi objeto de pedido de parcelamento que na ocasião não foi aprovado pela Câmara Municipal, e considerando a impossibilidade de reapresentação do mesmo Projeto de Lei dentro do mesmo exercício legislativo, a Administração Municipal, no início do exercício de 2025, encaminhou à Câmara Municipal novo projeto de lei para o devido parcelamento do montante pendente, conforme documentação anexa (Doc. 04).

Ademais, no exercício de 2023, parte dos recursos inicialmente previstos para os aportes foi realocada para o atendimento de demandas emergenciais e prioritárias, garantindo a continuidade dos serviços essenciais e observando os princípios da eficiência administrativa e do interesse público. Tal medida foi adotada considerando-se que a necessidade de parcelamento já era previsível, sendo essa uma alternativa viável para a adequação do fluxo financeiro do Município.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

Cumpre ressaltar que, a situação relatada não configura uma prática recorrente, visto que, a partir de 2024, os aportes passaram a ser realizados de maneira regular, evitando, assim, a acumulação de débitos e a necessidade de sucessivos parcelamentos. A Administração segue empenhada na manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial do Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), em consonância com o disposto no **art. 40, *caput*, da Constituição Federal, no art. 69 da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e no art. 1º, caput, da Lei nº 9.717/1998**.

Dessa forma, considerando a regularização já em andamento e as providências adotadas, pleiteia-se que o presente apontamento seja desconsiderado ou, ao menos, alçado ao campo das recomendações.

C.1.7.3.2. DIVERGÊNCIAS NO CONTROLE DA DÍVIDA PREVIDENCIÁRIA ENTRE A PREFEITURA E O RPPS

- O RPPS registrou direitos a receber no valor de R$ 10.125.315,26, referentes a contribuições previdenciárias incidentes sobre parcelas remuneratórias dos benefícios de auxílio-doença não recolhidas nos anos de 2010 a 2018, sendo que a Prefeitura não reconhece em seu balanço patrimonial a existência de tais obrigações, a despeito de recomendação anterior deste Tribunal.

Conforme consta do relatório de auditoria, o Município de Igarapava possui Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), sendo este administrado pelo Instituto de Previdência Municipal de Igarapava - Previgarapava.

Assim, houve uma profunda Avaliação do Atuarial do Município, em anexo (Doc. 05). Em seguida, com base nesta avaliação editou-se o Decreto n.º 2.744/2023 (Doc. 06), adotando-se o **PLANO DE AMORTIZAÇÃO DO REPASSE DE APORTES FINANCEIROS PARA O EQUACIONAMENTO DO *DÉFICIT* ATUARIAL DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA.**

Ou seja, eventuais distorções entre os valores efetivamente apurados e recolhidos entre 2010 e 2018, registrados como valores em haver pelo Regime Próprio de Previdência Municipal e devidos pela Prefeitura de Igarapava foram ABSORVIDAS como "déficit atuarial", não tendo sido assumidas como dívidas contratualizadas, pelo que o

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

não registro em Balanço, pela Prefeitura, é procedimento acertado. Eventuais ajustes devem ser feitos em Balanço do Regime Próprio de Previdência, mediante lançamento de baixa dos valores então contabilizados como “em haver”.

Destacamos que, o referido Plano vem sendo devidamente seguido, seja pelos respectivos pagamentos realizados no exercício, seja pelo controle estabelecido e solicitado no âmbito do pedido de parcelamento.

Portanto, não há o que se falar em reconhecimento de dívida, uma vez que a prefeitura vem cumprindo o Plano de Amortização estabelecido no Cálculo Atuarial.

C.2.1 – DA DÍVIDA ATIVA

- Não é realizada no Município a higienização no estoque da dívida ativa, de forma a separar os créditos podres, débitos prescritos, de pequeno valor ou com vícios administrativos;
- Não foram implantadas as seguintes modalidades de cobrança extrajudicial: Protesto extrajudicial da Certidão da Dívida Ativa (CDA); Conciliação extrajudicial; Inclusão do nome do devedor em Cadastro (Ex. Cadastro Informativo Municipal - CADIN); Inclusão do nome do devedor em serviços de proteção ao crédito.

No que se refere ao apontamento relativo ao baixo índice de recebimento da dívida ativa no exercício analisado, cumpre esclarecer que a Administração Municipal vem adotando diversas medidas para o aprimoramento da recuperação desses créditos, fundamentais ao equilíbrio das contas públicas e à continuidade da prestação de serviços essenciais.

A primeira providência implementada pela Administração consiste na inscrição criteriosa e regularização dos créditos inadimplidos na dívida ativa municipal. Tal procedimento é realizado de forma sistemática e organizada, assegurando que todos os débitos vencidos e não quitados pelos contribuintes sejam devidamente registrados, garantindo a conformidade com os princípios da eficiência e da legalidade administrativa.

Após a devida inscrição, a Procuradoria Jurídica Municipal promove, dentro dos prazos legais, o ajuizamento das ações de execução fiscal necessárias para a cobrança judicial

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

dos débitos. Ressalta-se que, essas ações são conduzidas de acordo com os ditames normativos, evidenciando o compromisso do ente municipal com a efetividade na recuperação dos créditos inscritos.

Além das medidas judiciais, a Administração implementa uma política ativa de incentivo à regularização voluntária dos débitos, por meio do envio de notificações e cartas de cobrança aos contribuintes inadimplentes. Essas comunicações orientam sobre a situação do débito e oferecem condições facilitadas para pagamento, como a possibilidade de parcelamento e renegociação, em conformidade com os dispositivos da legislação fiscal vigente.

Tais ações visam não apenas à recuperação dos valores devidos, mas também ao fortalecimento da relação entre o poder público e os cidadãos, promovendo o cumprimento espontâneo das obrigações tributárias. Para comprovação das iniciativas de cobrança amigável, anexamos cópias das comunicações enviadas (Doc. 07).

Reconhecemos que o cenário econômico atual, aliado às dificuldades enfrentadas por diversos contribuintes, apresenta desafios consideráveis à efetividade da arrecadação. No entanto, a Administração permanece firmemente comprometida com a busca de soluções inovadoras e com o aprimoramento contínuo dos mecanismos de cobrança, sempre respeitando os princípios que regem a Administração Pública.

Diante do exposto, restam evidenciadas as ações concretas empreendidas pelo Município para a recuperação da dívida ativa, demonstrando o compromisso com a gestão responsável dos recursos públicos e com o atendimento das obrigações fiscais.

Assim, rogamos pela desconsideração do apontamento, reconhecendo-se os esforços da Administração e a transparência no cumprimento de suas atribuições.

D.1.2. DEMAIS APURAÇÕES SOBRE O FUNDEB

- A rede municipal não se habilitou, no exercício em exame para recebimento em 2024, à Complementação da União VAAT e VAAR, tendo em vista o não atendimento às seguintes condicionalidades:

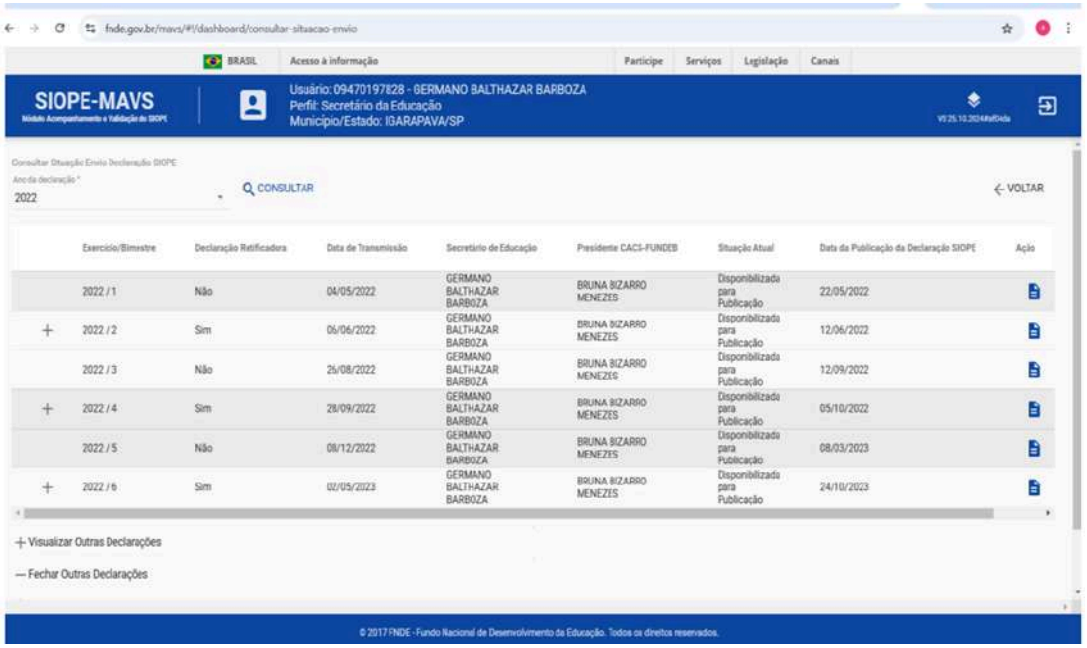
VAAT: Não transmitiu ao SIOPE os dados do ano de 2022.

VAAR: Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020 em 2023.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

Atinente ao presente tópico, cumpre-nos mencionar que o Tribunal informou que o Município não transmitiu ao SIOPE os dados do ano de 2022 e não comprovou a implementação da gestão democrática, ou seja, a existência de legislação local normatizando o provimento do cargo de gestor escolar por meio de critérios técnicos de mérito e desempenho.

Todavia, parte do apontamento já foi solucionado, como se denota abaixo:



Desse modo, verifica-se que a Administração Municipal está tomando providências para que o recebimento da complementação da União VAAT e VAAR efetivamente ocorra.

Assim, rogamos para que referido apontamento seja desconsiderado.

D.2.2 INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

- Diversas metas em relação à Atenção Básica, definidas através do Plano Municipal de Saúde (2022-2025) não foram atingidas ao final do exercício de 2023;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

- O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não atende à diretriz do Ministério da Saúde em cinco das seis equipes de Saúde da Família do Município, que é de 1 ACS para cada 750 pessoas cadastradas;
- População total cadastrada por ESF maior que o recomendado pelo Ministério da Saúde nas seis equipes de saúde da família do Município, sendo que todas possuem mais de 3.500 pessoas cadastradas e o ideal é de 2.000 a 3.500.

No âmbito do presente tópico, o Egrégio Tribunal apontou, de forma preliminar, que diversas metas relacionadas à Atenção Básica, conforme estabelecido no Plano Municipal de Saúde (2022-2025), não foram plenamente atingidas ao término do exercício de 2023.

Relativamente às metas cujo percentual previsto não foi alcançado, destaca-se que a Administração Municipal, ciente das lacunas existentes, está adotando medidas concretas para sanar as inconformidades.

Entre tais providências, inclui-se a implantação de novas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a adequação do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por cadastro, ações que, conforme será demonstrado, garantirão o cumprimento das metas estabelecidas.

Importa salientar, ainda, os avanços significativos observados em todos os indicadores da Atenção Básica no Município de Igarapava, como atestam os dados do Ministério da Saúde, disponibilizados por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

No que tange ao apontamento de que o número de ACS não atende às diretrizes do Ministério da Saúde, que preconizam 1 ACS para cada 750 (setecentas e cinquenta) pessoas cadastradas, esclarece-se que o Município já tomou medidas para solucionar tal questão. A Secretaria Municipal de Saúde promoveu o Concurso Público n.º 01/2024, especificamente voltado à adequação do quadro de ACS às diretrizes ministeriais. Dessa forma, a conformidade poderá ser plenamente verificada nas próximas Fiscalizações.

Quanto à informação de que a população total cadastrada por ESF supera o limite recomendado pelo Ministério da Saúde, tal situação decorreu de um reflexo direto do

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

programa Previne Brasil, em vigor no período avaliado. O programa estabelecia remuneração por captação ponderada, o que incentivava o cadastro de todos os cidadãos atendidos na rede pública municipal.

Com o término do Previne Brasil, o Município prontamente adotou medidas para ajustar os cadastros às diretrizes vigentes, promovendo a limitação do número de pessoas por unidade. Tais esforços são comprovados pela aprovação e início da construção da sede própria de uma nova Unidade de Saúde da Família na Vila Marilene. Essa nova unidade possibilitará a implantação de mais duas equipes de ESF, o que permitirá alcançar uma cobertura de 100% da Atenção Básica no Município.

Diante das providências demonstradas, resta evidenciado o comprometimento da Administração Municipal em corrigir as inconformidades apontadas. Assim, requer-se a completa desconsideração dos apontamentos formulados, considerando-se que o Município já envidou esforços significativos para atender às diretrizes legais e técnicas aplicáveis.

Alternativamente, caso assim não entenda este Egrégio Tribunal, requer-se que os apontamentos sejam alçados ao campo das recomendações, reconhecendo o progresso das medidas implementadas e o comprometimento da Administração Municipal com a melhoria contínua da Atenção Básica.

D.2.3. AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAIS

- Nenhuma das oito Unidades de Saúde do Município possui Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) vigente.

A Fiscalização apontou que nenhuma das 08 (oito) Unidades de Saúde do Município possui o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB), conforme exigido pela legislação vigente.

Em atenção ao apontamento, esclarece-se que, de acordo com informações fornecidas pelo Setor de Engenharia da Prefeitura Municipal, o procedimento licitatório destinado à execução das adequações necessárias para obtenção dos AVCB’s encontra-se em trâmite.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

Com a conclusão do certame e a posterior execução das obras e serviços requeridos, será viabilizada a vistoria técnica do Corpo de Bombeiros e, consequentemente, a emissão dos documentos em conformidade com a legislação aplicável.

Destarte, considerando-se as providências já adotadas e o comprometimento da Administração em atender às exigências normativas, requer-se a completa desconsideração do apontamento formulado.

E.2. FIDEDIGNIDADE DOS DADOS INFORMADOS AO SISTEMA AUDESP
- Divergências entre os dados informados pela Origem e aqueles apurados no Sistema Audesp/IEG-M – itens B.1, C.1.4 e C.1.5.1.

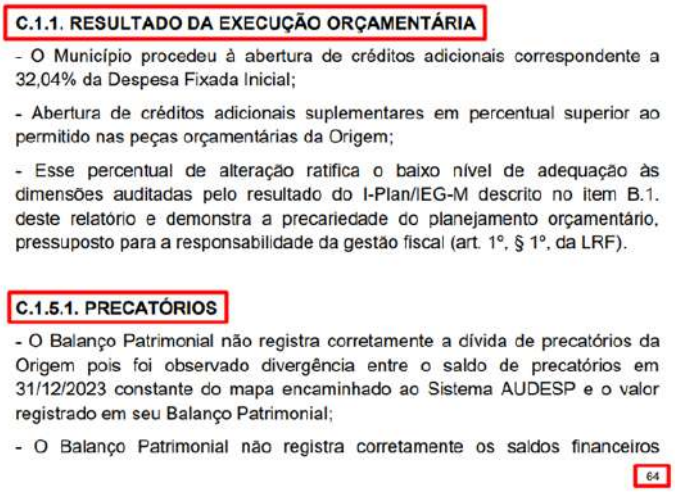
Aponta a fiscalização, conforme teria sido demonstrado nos itens **B.1, C.1.4** e **C.1.5.1,** ocorreram divergências/incongruências entre os dados informados pela Origem e aqueles apurados no Sistema AUDESP/IEG-M.

Todavia, as pretensas incorreções entre os dados informados pela origem e aqueles apurados no Sistema AUDESP, conforme anotado pelo próprio Agente de Fiscalização, foram retratadas nos referidos itens **B.1** e **C.1.5.1** deste mesmo relatório das Contas Anuais do Exercício de 2023.

Ou seja, o assunto ora tratado já está sendo analisado e esclarecido nos referidos tópicos supracitados, dessa mesma peça de defesa, pelo que nos remetemos às justificativas neles apresentadas, em homenagem ao princípio da celeridade e economia processual.

No que se refere ao item **C.1.4**, muito embora tenha sido mencionado, este sequer foi levado à conclusão deste Tribunal no Relatório de Contas, conforme registro abaixo:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ



C.1.1. RESULTADO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- O Município procedeu à abertura de créditos adicionais correspondente a 32,04% da Despesa Fixada Inicial;

- Abertura de créditos adicionais suplementares em percentual superior ao permitido nas peças orçamentárias da Origem;

- Esse percentual de alteração ratifica o baixo nível de adequação às dimensões auditadas pelo resultado do I-Plan/IEG-M descrito no item B.1. deste relatório e demonstra a precariedade do planejamento orçamentário, pressuposto para a responsabilidade da gestão fiscal (art. 1º, § 1º, da LRF).

C.1.5.1. PRECATÓRIOS

- O Balanço Patrimonial não registra corretamente a dívida de precatórios da Origem pois foi observado divergência entre o saldo de precatórios em 31/12/2023 constante do mapa encaminhado ao Sistema AUDESP e o valor registrado em seu Balanço Patrimonial;

- O Balanço Patrimonial não registra corretamente os saldos financeiros

64

Assim, clamamos para que referido apontamento seja desconsiderado.

F.1. PERSPECTIVAS DE ATINGIMENTO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL - ODS

- Indica-se que o Município poderá não contribuir para o atingimento das seguintes metas propostas pela Agenda 2030 (ODS): 1, 3, 4, 10, 11, 12 e 13.

Inicialmente, cumpre destacar que as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), constituem um plano de ação global que visa, primordialmente, à erradicação da pobreza e à promoção de um desenvolvimento sustentável.

Essas metas integram a Agenda 2030, composta por 17 (dezessete) objetivos que, conforme sua denominação, têm previsão de conclusão até o ano de 2030. Dessa forma, a concretização das metas estabelecidas ainda está a uma distância temporal significativa, motivo pelo qual não se pode cogitar qualquer descumprimento por parte do Município de Igarapava por eventual inobservância da totalidade das disposições da Agenda 2030 no ano de 2023, ou seja, sete anos antes do prazo final estabelecido pela ONU.

Ademais, salienta-se que as metas dos ODS não constituem normas de cumprimento compulsório e integral por todos os Estados-Membros e suas subdivisões administrativas. Trata-se, ao contrário, de diretrizes de cooperação internacional, que

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

devem ser observadas na medida do possível, e não de obrigações de cumprimento automático, como sugerido pelo apontamento da Nobre Fiscalização, ao indicar o não alcance das metas como se este se tratasse de uma irregularidade grave.

Nesse contexto, importa esclarecer que a Administração Municipal de Igarapava, sob a gestão do Sr. José Ricardo Rodrigues Mattar, empenhou esforços consideráveis para adequar-se aos padrões globais de produção e consumo sustentáveis e para enfrentar a mudança climática e seus impactos, estando em constante processo de adaptação e melhoria.

Além disso, a Administração, plenamente consciente e comprometida com a sustentabilidade global e a preservação das espécies (incluindo, por óbvio, a espécie humana), envidou esforços contínuos ao longo do mandato, no intuito de tornar o Município de Igarapava cada vez mais inclusivo, seguro, resiliente e sustentável.

Diante do exposto, não restam dúvidas de que o Município tem adotado medidas efetivas para promover o desenvolvimento sustentável, conciliando suas responsabilidades com a busca de equilíbrio fiscal, o cumprimento de suas obrigações e a prestação de um serviço eficiente e de qualidade à população. Tais medidas demonstram que a Administração está empenhada em alcançar as metas dos ODS, observando, contudo, os limites de sua disponibilidade financeira e orçamentária e o desenvolvimento de tecnologias que possam, gradualmente, viabilizar esses objetivos.

Por fim, considerando que, ao longo dos próximos exercícios, será possível verificar o progresso nas metas e a melhoria nos índices de efetividade da gestão (IEG-M), pleiteia-se que o presente apontamento seja totalmente desconsiderado na presente análise.

F.2. ATENDIMENTO À LEI ORGÂNICA, INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES/DETERMINAÇÕES DO TCESP

- Envio dos dados, das informações e dos documentos referentes à Gestão Fiscal e à Prestação Anual de Contas fora do prazo estabelecido no Calendário Anual de Obrigações do Sistema AUDESP, contrariando o artigo 55 das Instruções nº 01/2020 do TCESP; - A Prefeitura descumpriu recomendações desta E. Corte de Contas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

No âmbito do presente apontamento, temos que, a Fiscalização apontou que a Prefeitura realizou o envio de dados, das informações e dos documentos fora do prazo estabelecido no prazo estabelecido no Calendário Anual de Obrigações do Sistema AUDESP.

Acerca do tema, muito embora tenham ocorrido falhas relacionadas aos prazos para envio, não há relatos de ausência de envio pela Administração. Ademais, reconhecendo a importância dos envios de forma tempestiva, os servidores estão recebendo as orientações para que os envios ocorram nos prazos estabelecidos.

Ademais, muito embora o Tribunal tenha colacionado no item os anos de 2018 e 2019, os anos de 2020 e 2021 já foram julgados, sendo o primeiro, revertido o julgamento de irregularidade através de recurso e, o segundo, com emissão de parecer favorável quando de seu julgamento (TC 3107/989/20 e TC 7090/989/20, respectivamente).

Desse modo, Excelência, verifica-se que mesmo com pequenas falhas encontradas ao longo do exercício, essas não tiveram o condão de macular as contas.

Por amostragem, reportamo-nos a alguns itens constantes no tópico em análise.

O Tribunal recomendou, nas Contas atinentes ao ano de 2018, para que a Origem adotasse medidas eficazes para melhorar os Índices de Eficiência da Gestão Municipal considerando, para tanto, os questionários setoriais, as metas previstas no Plano Nacional de Educação e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. Compulsando a série histórica de classificação no Índice de Efetividade Municipal, verificamos que, no ano de 2023, as notas atribuídas ao *i-Saúde* e *i-Gov-TI* aumentaram, de modo que, como reflexo das ações, as notas têm evoluído. **Enquanto nos anos de 2020 a 2022, a Administração possuía apenas 01 (uma) nota no nível B, no ano em análise, 02 (dois) índices passaram a ter a nota B, o que representa significativa evolução.**

Já no que se refere à recuperação da Dívida Ativa, cumpre-nos evidenciar que, como dito ao longo do tópico C.2.1 estão sendo adotadas diversas medidas para sua higienização e, ademais, a criação de política de incentivo à regularização voluntária dos débitos, o que permite que o recebimento se dê de forma mais célere e não resulte em inúmeros processos - com baixa efetividade - junto ao Poder Judiciário.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

Desse modo, pelas ações já evidenciadas ao longo dessa Defesa e pela certeza de que a Administração está trabalhando para evoluir ainda mais, é que rogamos pela consideração das informações trazidas ao longo da Defesa e, aquelas já implementadas que, inclusive resultaram no aumento de 02 (duas) notas do IEG-M.

CONCLUSÃO:

Por todo o exposto, entendemos ter evidenciado a Vossa Excelência que, nos apontamentos efetuados pela diligente fiscalização desta Casa de Contas, não houve, jamais, atitude dolosa ou mesmo prejuízo ao Município, sendo que, no mais, compromissamo-nos ainda com o pleno e imediato cumprimento de qualquer recomendação emanada deste E. Tribunal de Contas.

Assim, na certeza de que os esclarecimentos acima prestados serão agraciados pela consideração de Vossa Excelência, entendemos que **as contas da PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA, referentes ao exercício de 2023, MERECEM, por questões de DIREITO e de JUSTIÇA, receber PARECER FAVORÁVEL por parte desta Egrégia Corte de Contas.**

Requer-se, por oportuno, que, de todas as publicações relativas ao presente processo, conste o nome do advogado Fernando Leme Sanches - OAB/SP 272.879.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição desta E. Corte para esclarecimentos adicionais que eventualmente se fizerem necessários, renovando, nesta oportunidade, nossos protestos de alta estima e consideração.

Atenciosamente,

FERNANDO LEME SANCHES
OAB/SP 272.879
[assina digitalmente]

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: FERNANDO LEME SANCHES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-U0LO-FRAQ-5Y7R-7HSJ

confiatta.

Igarapava, em 21 de fevereiro de 2025.

Exmo. Sr.
José Humberto Lacerda Rodrigues
DD. Prefeito de Igarapava/SP

Notificação Extrajudicial
Ref.: Encerramento do Contrato nº 58/2023
Notificada: Prefeitura Municipal de Igarapava

Vimos por meio desta, **NOTIFICAR** V. Exa., dando ciência do encerramento do Contrato nº 58/2023 e por consequência, formalizarmos nossa **RENÚNCIA AO MANDATO** que nos fora outorgado por procuração "*ad judicia et extra*" para o fim de representar a Prefeitura Municipal de Igarapava nos processos em trâmite perante o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - TCESP, os quais seguem relacionados no Anexo I.

Portanto, na forma do art. 112 do Código de Processo Civil, comunica-se a Renúncia ao Mandato.

Por fim, aproveita-se o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente

JULIO CESAR MACHADO
OAB/SP 330.136

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-TYA2-LCV2-6EXV-7BL6

Julio Machado

Igarapava, em 25 de fevereiro de 2025.

Exma. Sra.
Dra. CRISTIANA DE CASTRO MORAES
DD. Conselheira do E. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo/SP

Ref.: **TC-00004402/989/23**
Contratante: **Prefeitura Municipal de Igarapava**
Assunto: **Contas Anuais**
Exercício: **2023**

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, neste ato representada por seu prefeito atualmente em exercício, **Sr. José Humberto Lacerda Rodrigues**, através de seu advogado que a presente subscreve, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, para informar e requerer o quanto segue:

A priori, insta destacar que a presente manifestação está embasada, principalmente, na ilegitimidade da atual Gestão da Prefeitura em relação aos apontamentos constantes do presente processo, vez que o responsável pelo Executivo, à época da matéria ora analisada, era o Sr. José Ricardo Rodrigues Mattar, prefeito no exercício das Contas em comento.

Por consequência, Excelência, até mesmo tendo em vista o completo desconhecimento da parte desta atual gestão a respeito de eventuais razões de mérito ou existência de justificativas em relação às supostas inconsistências alegadas pela Fiscalização, realmente não possuímos quaisquer condições de nos manifestarmos nesse sentido nos presentes autos.

Rua Caracas, 886 - Sorocaba / SP | CEP: 18046-718
@juliomachado_oficial | (15) 99702-1046

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-TY82-B1MU-7L84-3V73

Não obstante, visando colaborar com o trabalho desenvolvido, a atual gestão da Prefeitura Municipal de Igarapava atenderá prontamente às determinações emanadas por essa E. Corte de Contas, prestando todas informações e documentações requisitadas para apuração dos fatos imputados à antiga gestão, caso nos seja solicitado algo por essa E. Corte.

Entretanto, caso o entendimento de Vossa Excelência seja diverso, roga-se por nova notificação desta Municipalidade, a fim de que sejam apresentados eventuais esclarecimentos julgados pertinentes sendo que, ademais, pelo Princípio da Continuidade Administrativa, caberá, ocasionalmente, ao final do presente processo, a informação de adoção de providências por esta Administração.

Requer, por derradeiro, a **RENÚNCIA AO MANDATO** conferido pela **Prefeitura Municipal de Igarapava**, representada por seu Prefeito, **Sr. José Humberto Lacerda Rodrigues**, para atuação nos autos em epígrafe, tendo em vista o encerramento do **Contrato n.º 058/2023** em 13 de fevereiro de 2025, sendo esta, devidamente comunicada à Contratante Mandante (Doc. 01).

No mais, colocamo-nos à vossa inteira disposição, renovando, nesta oportunidade, nossos protestos de alta estima e consideração.

Atenciosamente,

JULIO CESAR MACHADO
OAB/SP 330.136
(assina digitalmente)

Rua Caracas, 886 - Sorocaba / SP | CEP: 18046-718
@juliomachado_oficial | (15) 99702-1046

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-TY82-B1MU-7L84-3V73

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob nº 45.324.290/0001-67, com sede na rua Dr. Gabriel Vilela, nº 413, Centro, neste ato representada por seu Prefeito, Sr. José Humberto Lacerda Rodrigues, portador da Cédula de Identidade – RG nº 13.200.001 - 5 SSP/SP e inscrito no CPF/MF nº 064.752.708-14, residente e domiciliado na rua Presidente Vargas, 290 Centro Igarapava-SP.

OUTORGADO: JULIO CESAR MACHADO, advogado, regularmente inscrito na OAB/SP nº 330.136, com escritório profissional sito na Alameda Grajaú, 219, Alphaville Centro Industrial e Empresarial, Barueri/SP

PODERES: Pelo presente instrumento de mandato, NOMEIA e CONSTITUI como seu procurador o OUTORGADO, a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula "*ad judicia et extra*", em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando a Outorgada autorizada a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo substabelecer no presente mandato, com ou sem reserva de poderes, **em especial para atuação nos processos em trâmite perante o E. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – TCESP.**

Igarapava em 20 de janeiro de 2025.

JOSÉ HUMBERTO LACERDA RODRIGUES
Prefeito Municipal

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-SLD9-EEMG-8MT3-62HM

Julio Machado

Igarapava, em 03 de fevereiro de 2025.

Exma. Sra.
Dra. CRISTIANA DE CASTRO MORAES
DD. Conselheira do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - SP

Ref.: TC-004402/989/23-0
Órgão Público: Prefeitura do Município de Igarapava
Assunto: Contas Anuais
Exercício: 2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, neste ato representada por seu Prefeito, Sr. José Humberto Lacerda Rodrigues, através de seu advogado que a presente subscreve vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, requerer sua HABILITAÇÃO no processo em epígrafe, visando sua leitura e análise, necessárias para apresentação da competente manifestação de defesa, baseando-se no documento de procuração juntado nos Autos (Doc. 01 - Procuração).

Requer, ainda, Excelência, **em caráter excepcionalíssimo**, a concessão de mais 10 (dez) dias de prazo, contados da nova publicação.

Justifica-se o pedido porque os prazos anteriormente fixados coincidiram com o recesso deste Tribunal de Contas e parte dele com indisponibilidade do sistema de processo eletrônico (e-TCESP), além da mudança da gestão do município, em razão das eleições do ano de 2024, de modo que, a Nova Gestão Municipal está tomando conhecimento dos apontamentos constantes no referido documento, além de providenciar o que for necessário para que não ocorra a reincidência das falhas.

Nesta fase há, ainda, alteração do Secretariado Municipal com a necessidade de tomada de ciência de todo o andamento da

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-SLFB-L6XY-8GAE-CRIV

administração municipal: os servidores estão envolvidos com rotinas de extrema importância, a exemplo dos lançamentos necessários ao fechamento dos Balanços de 2024, abertura do orçamento de 2025 e início da execução do exercício corrente, pelo que a localização de documentos e produção de informações para o subsídio das alegações de defesa ficam mais custosos.

Portanto, destaca-se, em caráter "EXCEPCIONAL" e com supedâneo nos Princípios Constitucionais da Ampla Defesa, do Contraditório e na sempre pronta compreensão de Vossa Excelência, rogamos pelo deferimento do pleito.

No mais, colocamo-nos à vossa inteira disposição, renovando, nesta oportunidade, nossos protestos de alta estima e consideração.

Atenciosamente,

JULIO CESAR MACHADO
OAB/SP 330.136
(assina digitalmente)

Rua Caracas, 886 - Sorocaba / SP | CEP: 18046-718
@juliomachado_oficial | (15) 99702-1046

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-SLFB-L6XY-8GAE-CRIV

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
CARTÓRIO DA CONSELHEIRA CRISTIANA DE CASTRO MORAES
(11) 3292-3517 - cgcccm@tce.sp.gov.br

D E S P A C H O

Processo: TC-4402.989.23-0.
Interessada: Prefeitura Municipal de Igarapava.
Responsável: José Ricardo Rodrigues Mattar.
Período: 01.01.2023 a 31.12.2023.
Procurador: Dr. Julio Cesar Machado, (OAB/SP nº 330.136).
Assunto: Contas do exercício de 2023.
Em Exame: Requerimento de prorrogação de prazo formulado pela Prefeitura Municipal de Igarapava, por seu procurador, Dr. Julio Cesar Machado, (OAB/SP nº 330.136), conforme evento nº 90.

Defiro o prazo requerido de 10 (dez) dias, a partir da publicação do presente, em atendimento ao solicitado no evento nº 90.

Publique-se.

Cartório, 13 de janeiro de 2025.

CRISTIANA DE CASTRO MORAES
Conselheira

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: CRISTIANA DE CASTRO MORAES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-RBCR-JOEK-6IT4-3VXF

Julio Machado

Igarapava, em 06 de dezembro de 2024.

Exma. Sra.
Dra. CRISTIANA DE CASTRO MORAES
DD. Conselheira do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - SP

Ref.: TC-004402/989/23-0
Órgão Público: Prefeitura do Município de Igarapava
Assunto: Contas Anuais
Exercício: 2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, neste ato representada por seu Prefeito, Sr. José Ricardo Rodrigues Mattar, através de seu advogado que a presente subscreve, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, para informar e requerer o quanto segue:

Conforme despacho publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo em 13 de novembro de 2024, Vossa Excelência concedeu o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentação das alegações de interesse.

Entretanto, para que possamos finalizar a Defesa e apresentar as alegações cabíveis, **requeremos a Vossa Excelência, a concessão de mais 10 (dez) dias de prazo para tanto, contados da nova publicação.**

Assim, com supedâneo nos Princípios Constitucionais da Ampla Defesa e do Contraditório, rogamos pelo deferimento do pleito.

No mais, colocamo-nos à vossa inteira disposição, renovando, nesta oportunidade, nossos protestos de alta estima e consideração.

Atenciosamente,

JULIO CESAR MACHADO
OAB/SP 330.136
(assina digitalmente)

Rua Caracas, 886 - Sorocaba / SP | CEP: 18046-718
@juliomachado_oficial | (15) 99702-1046

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-Q9ZE-38T8-7DDM-4E3Z

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
CARTÓRIO DA CONSELHEIRA CRISTIANA DE CASTRO MORAES
(11) 3292-3517 - cgcccm@tce.sp.gov.br

D E S P A C H O

Processo: TC-4402.989.23-0.
Interessada: Prefeitura Municipal de Igarapava.
Responsável: José Ricardo Rodrigues Mattar.
Período: 01.01.2023 a 31.12.2023.
Assunto: Contas do exercício de 2023.
Procurador: Dr. Julio Cesar Machado (OAB/SP nº 330.136).
Em Exame: Requerimento de prorrogação de prazo formulado pela Prefeitura Municipal de Igarapava, por seu procurador, Dr. Julio Cesar Machado (OAB/SP nº 330.136), conforme petição juntada no evento nº 75.

Defiro o prazo requerido de 15 (quinze) dias, a partir da publicação do presente, em atendimento ao solicitado no evento nº 75.

Publique-se.

Cartório, 11 de novembro de 2024.

SAMY WURMAN
Conselheiro Substituto-Auditor

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: SAMY WURMAN. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-O1YB-31OJ-6208-B1YK

Julio Machado

Igarapava, em 05 de novembro de 2024.

Exma. Sra.
Dra. CRISTIANA DE CASTRO MORAES
DD. Conselheira do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - SP

Ref.: TC-004402/989/23-0
Órgão Público: Prefeitura do Município de Igarapava
Assunto: Contas Anuais
Exercício: 2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, neste ato representada por seu Prefeito, Sr. José Ricardo Rodrigues Mattar, através de seu advogado que a presente subscreve, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, para informar e requerer o quanto segue:

Conforme despacho publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo em 14 de outubro de 2024, Vossa Excelência concedeu o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentação das alegações de interesse.

Entretanto, não foi possível coligir todos os documentos necessários para a apresentação das alegações cabíveis, razão pela qual é a presente para **requerer a Vossa Excelência, a concessão de mais 15 (quinze) dias de prazo para tanto, contados da nova publicação.**

Assim, com supedâneo nos Princípios Constitucionais da Ampla Defesa e do Contraditório, rogamos pelo deferimento do pleito.

No mais, colocamo-nos à vossa inteira disposição, renovando, nesta oportunidade, nossos protestos de alta estima e consideração.

Atenciosamente,

JULIO CESAR MACHADO
OAB/SP 330.136
(assina digitalmente)

Rua Caracas, 886 - Sorocaba / SP | CEP: 18046-718
@juliomachado_oficial | (15) 99702-1046

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-NMFM-HNHV-6B5C-604N

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
CARTÓRIO DA CONSELHEIRA CRISTIANA DE CASTRO MORAES
(11) 3292-3517 - cgcccm@tce.sp.gov.br

D E S P A C H O

Processo: TC-4402.989.23-0.
Interessada: Prefeitura Municipal de Igarapava
Responsável: José Ricardo Rodrigues Mattar
Período: 01/01/2023 a 31/12/2023.
Procuradores: Julio Cesar Machado (OAB/SP 330.136)
Assunto: Contas do exercício de 2023.

O processo TC-4402.989.23-0 trata da prestação anual de contas da PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, relativas ao exercício de 2023.

Tendo em vista o Relatório de Fiscalização elaborado pela Unidade Regional de Ituverava - UR-17, evento nº 62, e o que dispõe o artigo 29 da Lei Complementar nº 709/93, c.c. o artigo 194 do Regimento Interno deste Tribunal, fica notificado o responsável acima referido para que, observado o prazo de 15 (quinze) dias, apresente as alegações que entender pertinentes.

Publique-se.

Voltem os autos por **ATJ** e **MPC**.

Cartório, 09 de outubro de 2024.

CRISTIANA DE CASTRO MORAES
CONSELHEIRA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: CRISTIANA DE CASTRO MORAES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-LIYD-C2F2-7OGI-7KM2

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA
(16) 3839-0943 - ur17@tce.sp.gov.br

PROCESSO:	**00004402.989.23-0**
ÓRGÃO:	▪ PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA (CNPJ 45.324.290/0001-67) ▪ **ADVOGADO:** JULIO CESAR MACHADO (OAB/SP 330.136)
INTERESSADO(A):	▪ JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR (CPF ***.070.128-**)
ASSUNTO:	Contas de Prefeitura - Exercício de 2023
EXERCÍCIO:	2023
INSTRUÇÃO POR:	UR-17
PROCESSO(S) DEPENDENTES(S):	00008955.989.23-1

Excelentíssima Senhora Conselheira,

Tratam os presentes autos das contas anuais da PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA relativas ao exercício de 2023, cujo Relatório, elaborado pela equipe encontra-se juntado neste evento.

Ressalto que foram realizados apontamentos relativos ao planejamento, execução das políticas públicas, execução orçamentária e financeira, precatórios, RPPS, dívida ativa, Fundeb, saúde, fidedignidade dos dados informados ao Audesp e não atendimento às recomendações.

Em face do apontado pela fiscalização, ratifico a conclusão apresentada, certificando ainda, que foram observados os normativos vigentes, bem como a elaboração do Relatório se deu em conformidade com o modelo correspondente.

Posto isso, submeto os autos à elevada apreciação de Vossa Excelência.

Ituverava, 23 de setembro de 2024.

RODRIGO MARQUES RODRIGUES
Diretor Técnico de Divisão

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: RODRIGO MARQUES RODRIGUES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K4L7-4Z58-6ZOR-56WO

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA
(16) 3839-0943 - ur17@tce.sp.gov.br

PROCESSO:	**00004402.989.23-0**
ÓRGÃO:	▪ PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA (CNPJ 45.324.290/0001-67) ▪ **ADVOGADO:** JULIO CESAR MACHADO (OAB/SP 330.136)
INTERESSADO(A):	▪ JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR (CPF ***.070.128-**)
ASSUNTO:	Contas de Prefeitura - Exercício de 2023
EXERCÍCIO:	2023
INSTRUÇÃO POR:	UR-17
PROCESSO(S) DEPENDENTES(S):	00008955.989.23-1

Senhor Diretor Técnico da Unidade Regional de Ituverava,

Tratam os presentes autos das contas anuais da Prefeitura Municipal de Igarapava, relativas ao exercício de 2023, cujo relatório elaborado pela Fiscalização encontra-se juntado neste evento. Em face do apontado, ratifico a conclusão apresentada.

Isto posto, submeto os autos à consideração de Vossa Senhoria.

Ituverava, 20 de setembro de 2024.

TARSIS HELI MENDES

Chefe Técnico da Fiscalização

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: TARSIS HELI MENDES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K2RN-I2HI-6T00-DH7L

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Processo	:	TC-004402.989.23
Entidade	:	Prefeitura Municipal de Igarapava
Assunto	:	Contas Anuais
Exercício	:	2023
Prefeito	:	José Ricardo Rodrigues Mattar
CPF nº	:	162.070.128-60
Período	:	01/01/2023 a 31/12/2023 (Prefeito desde 01/01/2017)
Relatoria	:	Conselheira Cristiana de Castro Moraes
Instrução	:	UR-17 / DSF-II

Senhor Chefe Técnico da Fiscalização,

Trata-se das contas apresentadas em face do artigo 2º, II, da Lei Complementar Estadual nº 709, de 14 de janeiro de 1993 (Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo-LOTCESP).

Em atendimento ao TC-A-030973/026/00, registramos a notificação do responsável pelas contas em exame, conforme retro (Doc. 01). A respectiva declaração de atualização cadastral (CadTCESP) está colacionada no doc. 02.

A Fiscalização planejou a execução de seus trabalhos, agregando a análise das seguintes fontes documentais:

1. Indicadores finalísticos componentes do IEG-M – Índice de Efetividade da Gestão Municipal;

2. Prestações de contas mensais do exercício em exame, encaminhadas pela Chefia do Poder Executivo;

3. Resultado do acompanhamento simultâneo do Sistema Audesp, bem como acesso aos dados, informações e análises disponíveis no referido ambiente;

4. Análise das informações disponíveis nos demais sistemas deste Tribunal de Contas;

5. Análise, baseada em amostragem, do planejamento orçamentário/financeiro (Plano Plurianual-PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias-LDO e Lei Orçamentária Anual-LOA), assim como do planejamento setorial (Planos Municipais);

6. Relatórios de fiscalizações ordenadas (TC-008955.989.23);

7. Leitura analítica dos três últimos relatórios de fiscalização e respectivas decisões desta Corte, sobretudo no tocante a assuntos relevantes nas ressalvas, advertências e recomendações;

8. Relatório periódico (semestral);

9. Análise das denúncias, representações e/ou expedientes diversos;

10. Outros assuntos relevantes obtidos em pesquisa aos sítios de transparência dos Órgãos Fiscalizados ou outras fontes da rede mundial de computadores.

Os resultados das fiscalizações apresentam-se no relatório de acompanhamento semestral, bem como no presente relatório, antecedidos pelo planejamento que indicou a necessária extensão dos exames.

Destaque-se que o relatório de acompanhamento está juntado no evento 37 destes autos, o qual foi submetido a Excelentíssima Relatoria, sendo dada ciência à Chefia do Poder Executivo, responsável pelas contas em exame, para conhecimento das ocorrências, sem a necessidade de apresentação de justificativas. Tal procedimento visou contribuir para a tomada de providências dentro do próprio exercício, possibilitando a correção de eventuais falhas.

PERSPECTIVA A: ASPECTOS PRELIMINARES DE INTERESSE

A.1. ÍNDICES E INDICADORES DA GESTÃO MUNICIPAL

Consignamos os dados e índices do Município e da gestão municipal considerados relevantes para um diagnóstico:

DESCRIÇÃO	DADOS	ANO DE REFERÊNCIA
População[1]	26.212	2022
Densidade demográfica[1]	55,97 hab/km²	2022
Extensão territorial[1]	468,355 km²	2022

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Atividade econômica predominante[1]	Serviços	2021
Arrecadação Municipal[2]	R$ 186.132.321,59	2023
Receita Corrente Líquida-RCL[2]	R$ 140.553.403,59	2023

[1] Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, dados de Panorama: População e Território, e Pesquisas: Produto Interno Bruto dos Municípios (disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/; acesso em: 01/08/2024).

[2] Fonte: Demonstrativo da RCL do último quadrimestre do ano de referência, disponível no Sistema Audesp (Doc. 05, pág. 10, deste evento), e Relatório de Instrução de dezembro do exercício em exame do Portal da Transparência Municipal do TCESP (disponível em: https://transparencia.tce.sp.gov.br/; acesso em: 01/08/2024).

O Município possui, ainda, a seguinte série histórica de classificação no Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IEG-M), após validação da Fiscalização:

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
IEG-M	C	C	C	C
i-Planejamento	C+	C	C	C
i-Fiscal	C	B	B	C+
i-Educ	C	C	C	C
i-Saúde	B	C+	C+	B
i-Amb	C	C	C+	C
i-Cidade	C	C	C	C
i-Gov-TI	C	C	C	B

A.2. HISTÓRICO DE EXERCÍCIOS ANTERIORES DA GESTÃO MUNICIPAL

Demonstramos a síntese do apurado pela Fiscalização nos 2 (dois) últimos exercícios fiscalizados:

ITENS	EXERCÍCIO 2021	EXERCÍCIO 2022
CONTROLE INTERNO	Parcialmente regular	Parcialmente regular
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Resultado no exercício	Superávit de 8,97%	Déficit de – 6,70%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Percentual de investimentos	5,68%	8,11%
DÍVIDA DE CURTO PRAZO	Favorável	Favorável
DÍVIDA DE LONGO PRAZO	Favorável	Favorável
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento/depósito de precatórios judiciais?	Sim	Não
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento de requisitórios de baixa monta?	Sim	Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Geral de Previdência Social (INSS)?	Sim	Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Próprio de Previdência Social?	Sim	Parcialmente
ENCARGOS – Está cumprindo parcelamentos de débitos de encargos? perspectiva b	Sim	Sim
TRANSFERÊNCIAS AO LEGISLATIVO - Os repasses atenderam ao limite constitucional?	Sim	Sim
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Despesa de pessoal em dezembro do exercício em exame	37,02%	34,94%
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Atendido o artigo 42 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal-LRF)?	Não se aplica	Não se aplica
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Atendido o artigo 21 da LRF?	Sim	Sim
ENSINO - Aplicação na Educação - artigo 212 da Constituição Federal-CF (mínimo 25%)	25,25%	24,54%
ENSINO - Fundeb: Profissionais da educação básica em efetivo exercício (mínimo 70%)	79,43%	88,53%
ENSINO - Recursos Fundeb aplicados no exercício (mínimo 90%)	91,49%	100%
ENSINO – Fundeb: Se diferida, a parcela residual do montante recebido no exercício examinado (até 10%) foi aplicada até 30/04 do exercício seguinte?	Não	PREJUDICADO
ENSINO - Fundeb: Complementação União VAAT Despesa Capital (mínimo 15%)	Prejudicado	Prejudicado
ENSINO - Fundeb: Complementação União VAAT – Aplicado no mínimo o Indicador para Educação Infantil (IEI)?	Prejudicado	Prejudicado
SAÚDE - Aplicação na Saúde (mínimo de 15%)	20,51%	24,50%
Atendimento à Lei Orgânica, Instruções e Recomendações do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo	Parcialmente[1]	Parcialmente[1]

[1] Descumprimento de recomendações desta Corte.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

A Prefeitura analisada obteve, nos três últimos exercícios apreciados, os seguintes **Pareceres** de suas Contas:

Exercícios	Processos	Trânsito em julgado	Pareceres	Principais itens que ensejaram o parecer desfavorável
2019	004759.989.19	24/11/2021	Favorável com ressalvas	Não se aplica.
2020	003107.989.20	29/01/2024	Favorável com ressalvas	Não se aplica.
2021	007090.989.20	16/02/2024	Favorável com ressalvas	Não se aplica.

A.3. DENÚNCIAS/REPRESENTAÇÕES/EXPEDIENTES

Estão referenciados ao presente processo de contas anuais e no processo de fiscalização ordenada deste exercício, os seguintes protocolados:

01	Número:	TC-016171.989.23
	Interessado:	MINISTERIO PUBLICO DE CONTAS DO ESTADO DE SAO PAULO - MPC
	Objeto:	Encaminhamento de Expediente com denúncias de supostas irregularidades no âmbito da Prefeitura Municipal de Igarapava, referentes à área da educação.
	Procedência:	Parcialmente

Trata-se de expediente protocolado pelo MPC encaminhando denúncia anônima de supostas irregularidades referentes à área da educação no âmbito da Prefeitura Municipal de Igarapava. Por meio do Despacho de evento 17 foi determinado que a matéria subsidiasse a análise das contas de 2023 do Órgão.

Diante disso, o presente expediente subsidiou os trabalhos da Fiscalização e as ponderações pertinentes foram anotadas no item B.3 deste relatório.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

02	Número:	TC-017841.989.23
	Interessado:	MINISTERIO PUBLICO DE CONTAS DO ESTADO DE SAO PAULO - MPC
	Objeto:	Encaminhamento de Expediente com representação de suposta irregularidade praticada no âmbito da Prefeitura Municipal de Igarapava.
	Procedência:	Não se aplica

Trata-se de expediente protocolado pelo MPC encaminhando denúncia de possíveis irregularidade na execução dos serviços da reforma da Casa da Cultura da Prefeitura Municipal de Igarapava, informando atraso significativo da obra. Por meio do Despacho de evento 39 foi determinado que a matéria subsidiasse a análise das contas de 2023 do Órgão.

Após apurações, esta Fiscalização identificou que a reforma em questão já foi concluída, conforme termo de recebimento definitivo juntado no doc. 08, deste evento.

03	Número:	TC-023739.989.23
	Interessado:	MINISTERIO PUBLICO DE CONTAS DO ESTADO DE SAO PAULO - MPC
	Objeto:	Encaminhamento de Expediente com denúncia de supostas irregularidades na prestação de serviços de saúde a cargo da Santa Casa de Igarapava, enquanto conveniada da Prefeitura Municipal de Igarapava.
	Procedência:	Não

Trata-se de expediente protocolado pelo MPC encaminhando denúncia de supostas irregularidades na prestação de serviços de saúde a cargo da Santa Casa de Igarapava, enquanto conveniada da Prefeitura Municipal de Igarapava. Por meio do Despacho de evento 25 foi determinado que a matéria subsidiasse a análise das contas de 2023 do Órgão.

Inicialmente, informamos os assuntos que tratam de questões médicas relatadas no expediente em epígrafe: “mortes em série na Santa Casa de Igarapava por supostas negligências e desassistências médicas**”**, identificamos que foram instaurados os devidos processos administrativos para apuração dos fatos.

Ademais, no que tange aos assuntos de ordem financeira/contábil/fiscal, não constatamos ocorrências dignas de nota.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

04	Número:	TC-010890.989.24
	Interessado:	MINISTERIO PUBLICO DE CONTAS DO ESTADO DE SAO PAULO - MPC
	Objeto:	Encaminhamento de Expediente com representação de suposta irregularidade atribuída à Prefeitura Municipal de Igarapava, concernente à obstrução dos trabalhos do Conselho CACS/Fundeb local.
	Procedência:	Sim

Trata-se de expediente protocolado pelo MPC encaminhando representação de suposta irregularidade atribuída à Prefeitura Municipal de Igarapava, concernente à obstrução dos trabalhos do Conselho CACS/Fundeb local. Por meio do Despacho de evento 11 foi determinado que a matéria subsidiasse a análise das contas de 2023 do Órgão.

Diante disso, o presente expediente subsidiou os trabalhos da Fiscalização e as ponderações pertinentes foram anotadas no item B.3 deste relatório.

A.4. FISCALIZAÇÕES ORDENADAS DO PERÍODO

No período em exame, foram realizadas as seguintes fiscalizações ordenadas:

Mês: 04	Tema: Escolas
Fiscalização Ordenada nº	I Fiscalização Ordenada Nacional 2023
TC e evento da juntada	TC-008955.989.23, evento 08.
Irregularidades verificadas na Fiscalização Ordenada:	Irregularidades relacionadas no evento 8.3 do TC-008955.989.23.
Verificações efetuadas em agosto/2024:	Conforme esclarecimentos prestados pela Origem (Doc. 09, deste evento), e visita in loco, alguns apontamentos já foram ou estão sendo regularizados (escola em reforma). Das verificações efetuadas destacamos abaixo as seguintes irregularidades que ainda não foram sanadas: A escola visitada não dispõe de sinalização tátil (piso/paredes); A escola visitada não dispõe de parque infantil; Em alguns bebedouros da escola visitada foram observadas inadequações; Não há AVCB - Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros no prazo de validade na escola visitada – Assunto tratado no Item B.3 deste relatório;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

	As portas e janelas das áreas de preparo dos alimentos não possuem telas milimetradas; Os equipamentos mais caros (computadores, notebooks, etc.) não são guardados em salas seguras ou não possuem mecanismos de proteção (cadeados, grades, travas, trancas etc.); A escola visitada não possui botão de pânico ou equipamento equivalente; Os muros da área externa da escola são baixos e não possuem equipamentos de segurança, como concertinas ou cerca elétrica.

Mês: 08	Tema: Escolas de Tempo Integral
Fiscalização Ordenada nº	IV Fiscalização Ordenada 2023
TC e evento da juntada	TC-008955.989.23, evento 28.
Irregularidades verificadas na Fiscalização Ordenada:	Irregularidades relacionadas no evento 28.3 do TC-008955.989.23.
Verificações efetuadas em agosto/2024:	Conforme esclarecimentos prestados pela Origem (Doc. 10, deste evento) alguns apontamentos já foram ou estão sendo regularizados. Das verificações efetuadas destacamos abaixo as seguintes irregularidades que ainda não foram sanadas: A rede não faz controle e/ou levantamento sobre a quantidade de alunos que migram da escola de tempo integral para a convencional; O Plano de Educação da rede não definiu periodicidade para aferir a evolução do cumprimento da meta 6 do PNE; Não houve avaliação da meta 6 do PNE (Ensino Integral); Não há legislação, decreto, regulamento para a operacionalização da escola em jornada de tempo integral; Não há regulamento que discipline a forma de acesso a escola em jornada de tempo integral; A rede não possui o custo operacional por aluno em escola de tempo parcial; A rede não possui o custo operacional por aluno em escola de tempo integral; Não há AVCB - Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros no prazo de validade na escola visitada – Assunto tratado no Item B.3 deste relatório.

A.5. FISCALIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO CONTROLE INTERNO

No período analisado não foram encontradas ocorrências dignas de nota.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

A.6. OBRAS PARALISADAS

Tendo em vista informações fornecidas pela Origem e as verificações efetuadas no período em exame, não constatamos obras paralisadas no Município.

PERSPECTIVA B: FISCALIZAÇÃO OPERACIONAL DE PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Sob o pressuposto da amostragem, inclusive nos procedimentos de validação do IEG-M, constatamos o seguinte:

B.1. PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (i-Plan/IEG-M)

Preliminarmente, constatamos que a série histórica do IEG-M para a correlata perspectiva demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade, conforme segue:

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
i-Planejamento	C+	C	C	C

De plano, consignamos que a nota **"C"** obtida nos três últimos exercícios avaliados, evidencia a **necessidade** de adoção de medidas no sentido de corrigir impropriedades de aspectos que compõem o IEG-M, visando a elevação dos conceitos e, consequentemente, o aprimoramento e uma maior efetividade dos serviços colocados à disposição da população, assim como o **não** atendimento de **recomendações** desta Corte de Contas, consoante o exposto no item F.2" deste relatório.

Ainda acerca do IEG-M, destacamos as seguintes ocorrências que indicam a necessidade de correções/melhorias:

De início, destacamos a seguinte falha no planejamento do Município, que se refere aos percentuais autorizados pelas Leis Municipais nº 1.085 e 1.055 de 2022 (LOA e LDO 2023 – Doc. 11 e 12, deste evento) para alterações orçamentárias conforme abaixo:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

> - abrir créditos adicionais suplementares até o limite de 10% (dez por cento) do orçamento das despesas, nos termos da legislação vigente;
>
> - transpor, remanejar ou transferir, total ou parcialmente recursos, dentro de uma mesma categoria de programação, nos termos do inciso VI, artigo 167 da CF, até o limite de 10% (dez por cento);
>
> (Art. 4° da LOA e Art. 31 da LDO).

Referidos percentuais autorizados superaram o patamar de inflação da época, que foi de 5,79% em 2022 e 4,62% em 2023 (IPCA acumulado), em inobservância ao disposto no item 7 do Comunicado SDG nº 13/2017[1]. Em sua missão pedagógica, este Tribunal recomenda[2]:

> [...] a utilização de percentual moderado de alteração orçamentária, sendo esta a prévia e genérica autorização, na lei de orçamento, para abertura, por Decreto, de créditos suplementares (art. 165, § 8º, da CF).
>
> Tal comedimento prende-se ao fato de a realidade mostrar elevadas margens orçamentárias, superiores, às vezes, a 70% do orçamento total; isso, enquanto a inflação não supera a casa dos 10%. Eis um "cheque em branco" para o Executivo, a desestimular, e muito, a produção de bons orçamentos. Sob aquele excesso, poderia o Prefeito assim pensar: se posso modificar como quero o orçamento, por que então elaborar, de pronto, um eficiente projeto, sujeito a emendas e alterações por parte dos Vereadores, inviabilizando minhas futuras decisões de novas obras e serviços?

Além disso, conforme abordado no item C.1.1 deste relatório, constatamos que no exercício em exame foram abertos créditos adicionais suplementares por meio de decreto municipal (18,73%) acima dos próprios limites definidos nas peças orçamentárias.

Percebe-se pelas falhas citadas que as peças orçamentárias não retrataram a realidade fiscal do Município, indicando previsões em descompasso com os fatos supervenientes que se apresentaram.

As falhas na previsão de receitas e despesas geraram distorção na execução do orçamento, resultando no alto índice de alterações orçamentárias no exercício de 2023 (32,04% - Doc. 13, deste evento), demonstrando a precariedade do planejamento orçamentário, pressuposto para a responsabilidade da gestão fiscal (art. 1º, § 1º, da LRF).

Ademais, ao analisamos o Plano Plurianual (PPA) do quadriênio 2022/2025, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2023, a Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2023 e o relatório de atividades informado pela Origem, podemos observar que grande parte dos indicadores não são

[1] Disponível em: https://www.tce.sp.gov.br/legislacao/comunicado/comunicado-sdg-132017-lei-diretrizes-orcamentarias-ldo

[2] Gestão Financeira de Prefeituras e Câmaras Municipais (2022) página 24. Disponível em: https://www.tce.sp.gov.br/publicacoes/gestao-financeira-prefeituras-e-camaras-municipais

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

mensuráveis ou não estão coerentes com as metas físico-financeiras estabelecidas, ou seja, estabelecem metas e indicadores que não possuem utilidade, tendo em vista a ausência de capacidade de suportar decisões, seja no nível operacional, tático ou estratégico.

Identificamos que há metas de ação com unidade de medida em percentual que possui pouca ou nenhuma validade (capacidade de impactar a realidade mensurada pelo indicador).

Por amostragem e como exemplo, destacamos abaixo alguns dos indicadores estabelecidos cuja unidade de medida é em percentual, e prejudica a análise de atingimento da meta:

Programa	Ação	Indicador/Meta física	Unidade de Medida	Meta LDO	Meta Relatório de atividades	Resultado relatório de atividades 2023
0065 – Administração Financeira e Orçamentária	2283 – Manutenção Serviços Contabilidade e Finanças	Unidade de contabilidade	% Percentual	100,00	200,00	160,00
0066 – Controle Almoxarifado e Patrimônio	2282 – Manut. Divisão Planejamento e Licitação	Planejamento e Licitação	% Percentual	100,00	200,00	158,00
0095 - Programas de Atenção a Pessoas Idosas	2037 - Manutenção Assistência ao Idoso	Atenção a Pessoas Idosas	% Percentual	0,00	100,00	65,00
0120 - Assistência a População Carente	2038 - Manut. Fundo Munic. Assistência Social	Assistência População Carente	% Percentual	100,00	200,00	100,00
0150 - Ações Médicas Básicas (UBS)	2120 - Manutenção do Programa Saúde da Familia-PSF	Desenvolvimento P.S.F	% Percentual	100,00	200,00	100,00
0210 - Desenvolvimento da Educação Básica	2014 - Manutenção do Ensino Infantil Pré-escola	Manutenção do Ensino Infantil Pré-escola	% Percentual	0,00	936,00	100,00

Fonte: LDO – Doc. 12, deste evento e Relatório de atividades – Doc 06, deste evento.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

A previsão de metas de programas e ações baseada unicamente em “percentual” (sem a apresentação da sua correspondente meta física mensurável de forma “unitária”) prejudica a verificação dos resultados alcançados e do atendimento às demandas sociais.

Estabelecer metas apenas em termos de percentuais sem uma base quantitativa específica gera objetivos ambíguos e difíceis de mensurar com precisão.

Isso compromete a clareza e a eficácia na implementação das políticas públicas, pois não oferecem um quadro claro de referência para avaliar o progresso alcançado.

Outro ponto crítico, é que metas em percentual incentivam práticas de cumprimento superficial, onde o foco pode ser mais em atingir um número arbitrário do que efetivamente promover mudanças positivas e sustentáveis. Isso leva a uma desconexão entre as metas estabelecidas e os resultados reais desejados.

Por todo exposto e considerando as deficiências relatadas nas peças orçamentárias analisadas, concluímos que o Município deixou de dar efetivo cumprimento ao artigo 165, §1º, da CF.

Ademais, observamos que as metas constantes no anexo da LDO não condizem com o informado no relatório de atividades, demonstrando a falta de fidedignidade das informações enviadas ao Sistema Audesp.

Cabe destacar ainda que o Munícipio não elaborou o relatório anual de avaliação dos programas finalísticos monitorados do PPA (Doc. 14, deste evento).

A ausência do referido relatório compromete a transparência e a accountability do processo de gestão pública, pois dificulta a prestação de contas à sociedade sobre como os recursos públicos estão sendo utilizados e qual o impacto das políticas implementadas.

Além disso, sem o relatório de avaliação, torna-se mais difícil identificar e corrigir eventuais desvios ou ineficiências nos programas monitorados pelo PPA. Isso pode resultar em desperdício de recursos, falta de eficácia na implementação de políticas públicas e na perpetuação de práticas não otimizadas.

Outra consequência negativa é a limitação na capacidade de planejamento estratégico de longo prazo. A avaliação anual dos programas finalísticos permite às prefeituras ajustarem suas estratégias e prioridades com base em resultados concretos e evidências coletadas ao longo do tempo. Sem essas informações, há um risco maior de que as decisões sejam tomadas com

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

base em suposições ou em dados desatualizados, comprometendo a eficiência e eficácia das ações governamentais.

Portanto, a ausência deste relatório não apenas prejudica a prestação de contas e a transparência, mas também impacta diretamente na eficiência, na qualidade e na capacidade de resposta do governo às demandas e necessidades da população que deveriam ser atendidas de forma eficaz e responsável.

Por todo exposto, a precariedade apresentada no planejamento, execução e monitoramento das peças orçamentárias pode impactar significativamente o atingimento de diversas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente aquelas que exigem investimentos significativos e coordenados para serem alcançadas.

Metas como a erradicação da pobreza (ODS 1), a promoção da saúde e do bem-estar (ODS 3), o acesso à educação de qualidade (ODS 4) e a redução das desigualdades (ODS 10) dependem diretamente de recursos financeiros adequados e bem planejados para serem implementadas de maneira eficaz.

Quando o planejamento orçamentário é precário, há um risco elevado de alocações insuficientes ou inadequadas para essas áreas críticas. Isso pode resultar em falta de infraestrutura básica, serviços de saúde precários, escolas mal equipadas, e falhas na implementação de programas sociais e de proteção social.

Além disso, projetos voltados para a adaptação e mitigação das mudanças climáticas (ODS 13) também sofrem com orçamentos mal estruturados, o que compromete a capacidade de enfrentar os impactos ambientais crescentes.

Portanto, um planejamento orçamentário robusto e bem elaborado é crucial não apenas para garantir recursos suficientes para essas metas, mas também para assegurar que sejam utilizados de forma eficiente e eficaz, maximizando o impacto positivo das intervenções e contribuindo de maneira substancial para o progresso global em direção aos ODS até 2030.

B.2. ADEQUAÇÃO FISCAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (i-Fiscal/IEG-M)

Preliminarmente, constatamos que a série histórica do IEG-M para a correlata perspectiva demonstra involução, conforme segue:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
i-Fiscal	C	B	B	C+

De plano, consignamos que a nota **"C+"** obtida no último exercício avaliado, evidencia a **necessidade** de adoção de medidas no sentido de corrigir impropriedades de aspectos que compõem o IEG-M, visando a elevação dos conceitos e, consequentemente, o aprimoramento e uma maior efetividade dos serviços colocados à disposição da população, assim como o **não** atendimento de **recomendações** desta Corte de Contas, consoante o exposto no item F.2" deste relatório.

Ainda acerca do IEG-M, destacamos as seguintes ocorrências que indicam a necessidade de correções/melhorias:

Constatamos que o recebimento (R$ 1.072.634,98) da dívida ativa no Município durante o exercício analisado, em relação ao estoque inicial (R$ 17.719.981,25) foi de apenas 6,05% (Doc. 03, pág. 12 deste evento).

O recebimento da dívida ativa pela prefeitura municipal desempenha um papel fundamental na sustentabilidade financeira e na eficiência administrativa.

Além de ser uma fonte crucial de receita, esses recursos são essenciais para financiar serviços públicos, como saúde, educação e infraestrutura urbana. Ao cobrar ativamente as dívidas pendentes, a prefeitura não apenas fortalece sua capacidade de investir no desenvolvimento da comunidade, mas também promove justiça fiscal, garantindo que todos os contribuintes cumpram suas obrigações equitativamente.

Ademais, observamos que a Prefeitura não implantou o Plano de Cargos e Salários Específico para os Fiscais Tributários (Doc. 15, deste evento), o que compromete a autonomia no desempenho de suas funções, tratada no inciso XVIII, do artigo 37, da Constituição Federal. Tal ação tem como objetivo reduzir a ocorrência de interferências internas e externas, bem como promover a valorização profissional.

Cabe informar ainda, que este assunto será aprofundado no item C.2.1. DÍVIDA ATIVA.

Além do baixo recebimento do estoque de dívida ativa que prejudica o aumento da receita Municipal, observamos que, no exercício de 2023, o percentual da despesa corrente do Ente foi de 96,79% em relação a sua receita corrente, superando o limite (95%) do artigo 167-A da Constituição Federal (Doc. 04, pág. 7 deste evento).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Por todo exposto, podemos concluir que o baixo recebimento da dívida ativa e o desequilíbrio entre despesas correntes e receitas correntes estão intimamente ligados ao atingimento de várias metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), principalmente aquelas relacionadas ao desenvolvimento econômico sustentável e à redução das desigualdades (ODS 1 e ODS 10).

Em relação ao ODS 1, que visa erradicar a pobreza em todas as suas formas, a baixa eficiência na cobrança da dívida ativa pode significar menos recursos disponíveis para programas de assistência social, infraestrutura básica e projetos de inclusão econômica. Isso limita a capacidade do governo de investir em iniciativas que elevem os padrões de vida dos mais vulneráveis e promovam um desenvolvimento inclusivo e sustentável.

Quanto ao ODS 10, que busca reduzir as desigualdades dentro e entre os países, o desequilíbrio entre despesas e receitas correntes pode resultar em cortes de gastos em áreas críticas como saúde, educação e serviços sociais. Isso pode agravar as disparidades sociais e econômicas, criando barreiras adicionais para o acesso igualitário a oportunidades e recursos, especialmente para grupos marginalizados e comunidades em situação de vulnerabilidade.

Portanto, a gestão eficiente da dívida ativa e o equilíbrio entre receitas e despesas são fundamentais não apenas para a estabilidade fiscal, mas também para o avanço sustentável em direção aos ODS. Assegurar uma administração eficaz dos recursos públicos contribui diretamente para o fortalecimento das bases econômicas e sociais necessárias para alcançar as metas de desenvolvimento sustentável até 2030.

Por fim, oportuno aqui destacar que os demais quesitos relacionados ao índice I-Fiscal, tais como análise da receita, despesa e execução orçamentária, pagamento de precatórios, resultados financeiro, econômico e patrimonial, despesa com pessoal e encargos sociais foram abordados por esta Fiscalização em itens próprios deste relatório.

B.3. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ENSINO (i-Educ/IEG-M)

Preliminarmente, constatamos que a série histórica do IEG-M para a correlata perspectiva demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade, conforme segue:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
i-Educ	C	C	C	C

De plano, consignamos que a nota **"C"** obtida nos quatro últimos exercícios avaliados, evidencia a **necessidade** de adoção de medidas no sentido de corrigir impropriedades de aspectos que compõem o IEG-M, visando a elevação dos conceitos e, consequentemente, o aprimoramento e uma maior efetividade dos serviços colocados à disposição da população, assim como o **não** atendimento de **recomendações** desta Corte de Contas, consoante o exposto no item F.2" deste relatório.

Ainda acerca do IEG-M, destacamos as seguintes ocorrências que indicam a necessidade de correções/melhorias:

Em relação aos indicadores de desempenho do ensino, o IDEB é de extrema relevância para subsidiar o monitoramento das políticas públicas de educação, bem como para o aprimoramento e/ou redirecionamento das ações e projetos em andamento.

Nesse sentindo, a rede municipal de ensino de Igarapava (anos iniciais do fundamental), considerando os últimos IDEBs divulgados (2021 e 2023) apresentou os seguintes índices:

Meta do IDEB 2021 Anos iniciais do fundamental	Meta do IDEB 2023 Anos iniciais do fundamental
6,5	6,7
Nota do IDEB 2021 Anos iniciais do fundamental	Nota do IDEB 2023 Anos iniciais do fundamental
5,7	5,6

Fonte: MEC/Inep - https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/ideb/resultados
Meta 07 do Plano Municipal de Educação – Doc. 17 – Pág. 15 deste evento.

Conforme observado, as notas do IDEB da rede municipal de Igarapava (anos iniciais do fundamental), ficaram abaixo do projetado nos dois últimos exercícios avaliados, contrariando o estabelecido na meta 7 do seu Plano Municipal de Educação.

O não atingimento da meta do IDEB reflete uma série de problemas que vão além da mera questão educacional.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Indica falhas na qualidade do ensino, como deficiências na infraestrutura das escolas, que pode afetar negativamente o ambiente de aprendizado (conforme abordaremos no decorrer deste item).

Além disso, pode revelar a falta de políticas públicas eficientes (conforme deficiências de planejamento relatadas no Item B.1 deste relatório), evidenciando a necessidade de um planejamento estratégico mais robusto e de uma gestão escolar mais eficaz.

Nesse mesmo sentido, identificamos que a Prefeitura não realiza o monitoramento da execução e atingimento das metas estabelecidas no referido Plano Municipal de Educação, conforme doc. 18, deste evento, em desacordo com o previsto em seu art. 5°.

Sem um monitoramento adequado, é difícil avaliar se os recursos estão sendo utilizados de forma eficiente ou se as ações estão alinhadas com as necessidades reais das escolas e dos alunos.

Além disso, a ausência de avaliação contínua compromete a capacidade de ajustar e adaptar as estratégias conforme necessário, o que pode levar ao estancamento de progressos e à manutenção de práticas ineficazes.

Isso também afeta a transparência e a responsabilização, uma vez que a comunidade não tem acesso a informações claras sobre os avanços e os desafios enfrentados.

Em última análise, a falta de monitoramento prejudica a implementação bem-sucedida do Plano Municipal de Educação, limitando o potencial de melhoria da qualidade educacional e a concretização dos objetivos propostos para o desenvolvimento escolar e social.

Ademais, o não atingimento da meta do IDEB, e a ausência de monitoramento da execução e do atingimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Educação comprometem o avanço em relação aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Especialmente o ODS 4, que busca garantir uma educação inclusiva, equitativa e de qualidade.

Quando um Município não alcança as metas do IDEB, isso revela falhas na qualidade do ensino e no acesso a uma educação de qualidade, aspectos centrais desse objetivo; e sem um acompanhamento rigoroso das metas definidas pelo Plano Municipal de Educação é impossível avaliar se as políticas educacionais estão gerando os resultados esperados e atender às necessidades específicas das escolas e dos alunos, o que pode resultar em deficiências persistentes na qualidade da educação.

Esse cenário pode também impactar negativamente a realização

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

do ODS 1, que visa erradicar a pobreza, pois uma educação de baixa qualidade limita as oportunidades de desenvolvimento econômico e perpetua ciclos de desigualdade.

Além disso, a falta de monitoramento pode afetar o ODS 10, que busca reduzir as desigualdades, uma vez que a ineficácia das estratégias educacionais pode aprofundar as disparidades entre diferentes grupos sociais.

Em resumo, o não atingimento da meta do IDEB reflete e contribui para a persistência de desafios mais amplos relacionados à equidade e à qualidade da educação, evidenciando a necessidade de ações coordenadas para promover o desenvolvimento sustentável e inclusivo; enquanto que a falta de monitoramento do Plano Municipal de Educação impede a adaptação e a melhoria contínua das políticas educacionais, comprometendo o progresso em direção a uma educação de qualidade e, consequentemente, o alcance de metas mais amplas relacionadas ao desenvolvimento sustentável e à justiça social.

Já em relação ao ambiente físico do ensino municipal, informamos que a Prefeitura dispõe de 15 unidades escolares, sendo que nenhuma possuí Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB vigente (Doc. 19, deste evento).

Ressaltamos que o Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) possui uma importância fundamental nas escolas municipais, garantindo que essas instituições atendam aos mais altos padrões de segurança contra incêndios.

Este documento não apenas certifica a conformidade com as normas de segurança estabelecidas, mas também desempenha um papel crucial na proteção da vida e na preservação do patrimônio educacional.

Além de garantir a segurança física das pessoas, o AVCB também é fundamental para a conformidade legal. As escolas municipais são obrigadas por lei a manterem um ambiente seguro contra incêndios, e o AVCB serve como prova de que essas normas estão sendo respeitadas.

Ademais, AVCB não é apenas um documento burocrático, mas sim um selo de segurança e confiança. Ele tranquiliza pais, responsáveis e toda a comunidade escolar, garantindo que a escola ofereça um ambiente seguro e protegido para o aprendizado e desenvolvimento dos alunos.

Somado a isso, a ausência AVCB nas escolas pode representar um obstáculo significativo para o alcance das Metas de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidas pela ONU.

Um AVCB ausente ou inadequado também afeta indiretamente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), pois desastres potenciais podem resultar em

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

lesões e impactos negativos na saúde dos indivíduos.

Além disso, a falta de segurança contra incêndios nas escolas pode impactar o ODS 11 (Cidades e Comunidades Sustentáveis), uma vez que escolas seguras são essenciais para a construção de comunidades resilientes e sustentáveis.

Nesse mesmo sentido, procedemos a visita em duas unidades escolares para verificar a situação da infraestrutura da rede municipal de educação, conforme abaixo relatado.

Na EMEF Jardel Biguetti Domeneghi, constatamos algumas irregularidades dentre as quais destacamos:

- Manchas, descascamento e desgastes da pintura em algumas paredes;

- Banheiros com vasos sanitários sem assento e tampa;

- Parque infantil sem manutenção e impróprio para uso.

Relatório de fotos abaixo:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

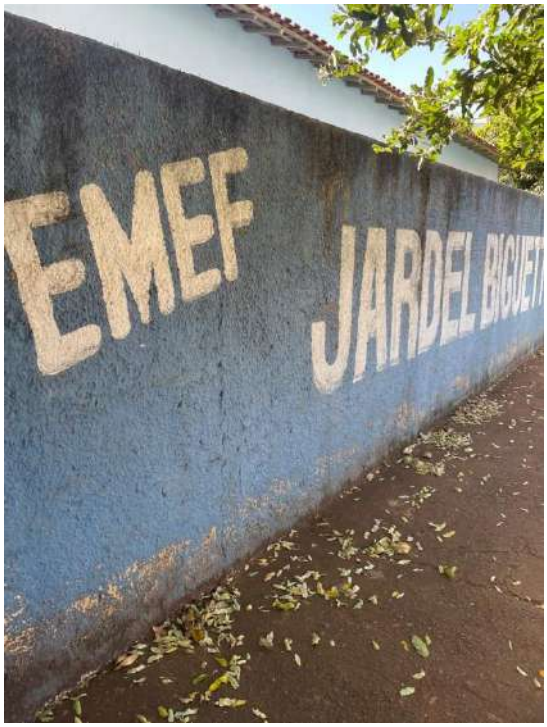


Figura 1 - Fachada



Figura 2 - Paredes com descascamento e desgaste



Figura 3 - Paredes com descascamento e desgaste



Figura 4 - Paredes com descascamento e desgaste

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC



Figura 5 - Paredes com descascamento e desgaste



Figura 6 - Vaso sanitário sem assento e tampo



Figura 7 - Parque sem manutenção e impróprio para uso dos alunos



Figura 8 - Parque sem manutenção e impróprio para uso dos alunos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Já na EMEI Maria da Conceição dos santos, constatamos algumas irregularidades dentre as quais destacamos:

- Espaço insuficiente para a secretaria/diretoria da escola;

- Sala improvisada como almoxarifado por falta de espaço na escola;

- Apenas um banheiro (individual) masculino e um banheiro (individual) feminino para uso de todos os alunos da escola (com vasos sanitários de tamanho impróprios para idade);

- Infiltração em algumas paredes e teto (com relato de vazamento de água em dias de chuva);

- Lousas deterioradas;

- Manchas, descascamento e desgastes da pintura em algumas paredes;

- Cozinha pequena e sem espaço adequado para o estoque de alimentos e materiais;

- Parque infantil sem manutenção e impróprio para uso;

- Os muros da área externa da escola são baixos e não possuem equipamentos de segurança, como concertinas ou cerca elétrica.

Destaque para o relatório de fotos abaixo:



Figura 9 - Fachada

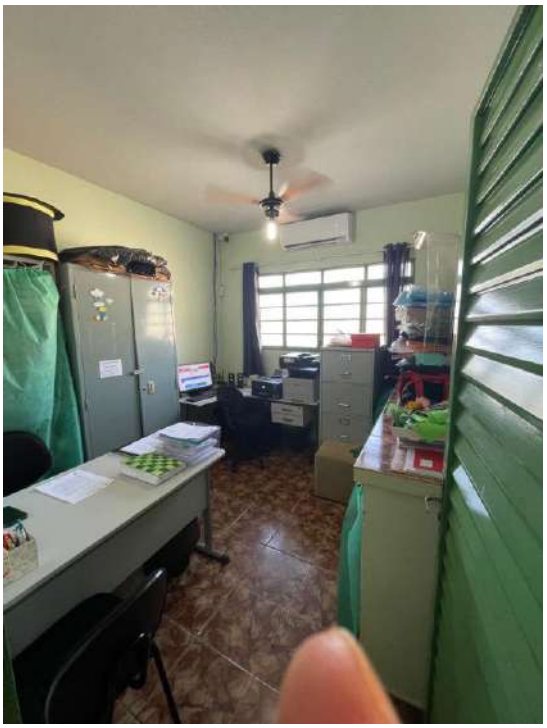


Figura 10 - Espaço insuficiente para secretaria/diretoria da escola

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

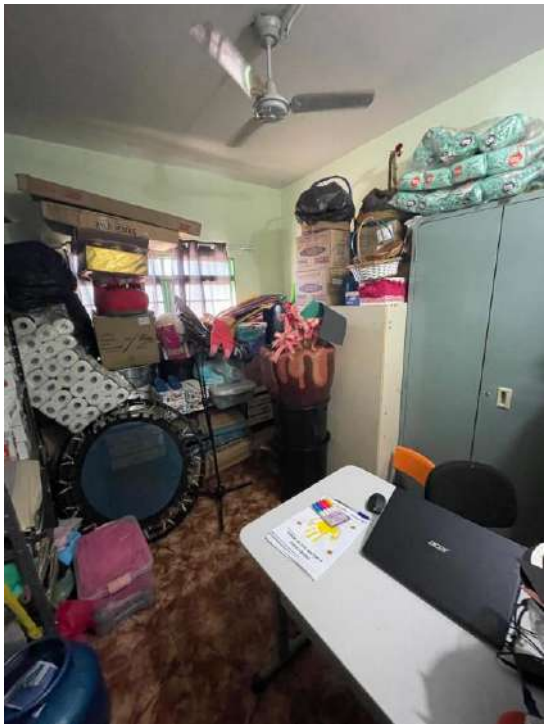


Figura 11 – Sala improvisada como almoxarifado



Figura 12 – Armários improvisados no corredor para guardar materiais de almoxarifado



Figura 13 - Apenas um banheiro (individual) masculino e um banheiro (individual) feminino



Figura 14 - Vasos sanitários com tamanhos impróprios para idade dos alunos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC



Figura 15 - Infiltrações em paredes e teto com vazamento em dias de chuva



Figura 16 - Infiltrações em paredes e teto com vazamento em dias de chuva



Figura 17 - Lousa deteriorada e imprópria para uso



Figura 18 - Lousa deteriorada e imprópria para uso

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC



Figura 19 – Cozinha pequena e sem espaço para armazenamento de alimentos e materiais



Figura 20 - Parque sem manutenção e impróprio para uso dos alunos



Figura 21 - Parque sem manutenção e impróprio para uso dos alunos



Figura 22 – Muros da área externa baixos e sem equipamentos de segurança

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Em outra análise, constatamos ainda, demanda reprimida de 201 vagas em creches no Município ao final do exercício em tela (Doc. 20, deste evento), sendo que o déficit persiste em 164 vagas na posição mais atual (30/06/2024).

Referida ocorrência vai de encontro ao disposto nos arts. 7º, XXV, e 208, IV, da Constituição Federal, nos arts. 4º, II, e 11, V, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), no art. 54, IV, do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) e ao recomendado no parecer das contas do exercício de 2018 da Prefeitura por este Tribunal[3].

Essa situação, também está intimamente relacionada com a qualidade de ensino, e as notas do IDEB, causando um impacto significativo no desempenho educacional a longo prazo.

Quando há uma alta demanda por vagas em creches e uma oferta insuficiente, muitas crianças ficam fora do sistema educacional formal nos primeiros anos de vida, período crucial para o desenvolvimento cognitivo e socioemocional.

A ausência desses primeiros anos de educação infantil pode resultar em desvantagens significativas, como dificuldades de aprendizado e defasagens no desenvolvimento, que afetam a capacidade dessas crianças de acompanhar o currículo escolar nas etapas seguintes.

Essa falta de preparação inicial compromete a qualidade do ensino nas séries posteriores e, consequentemente, reflete negativamente nas notas do IDEB, que mede a qualidade da educação com base no desempenho dos alunos em provas de proficiência e taxas de aprovação.

Assim, a demanda reprimida por vagas em creches pode contribuir para a perpetuação de ciclos de baixo desempenho educacional, demonstrando a necessidade de políticas eficazes para expandir a oferta de educação infantil e garantir que todas as crianças tenham acesso a uma base educacional sólida desde cedo.

Foi informado pela Origem que uma das medidas para combater o déficit de vagas em creche é a construção de uma unidade no Jardim Bothanico (Doc. 21 deste evento).

Em relação a essa informação, identificamos que a prefeitura foi contemplada pelo MEC/FNDE (Programa PROINFÂNCIA) com a construção de

[3] "Determino, à margem do parecer, a expedição de ofício ao Executivo Municipal, com recomendações para que: [...] Corrija desconformidades anotadas pelo i-Educ, traduzindo os recursos públicos investidos em efetiva qualidade dos serviços prestados e equacionando o déficit de vagas em creches;" (TC-004418.989.18, Primeira Câmara Sessão De 09/06/2020, Relatora: Conselheira Dra. Cristiana de Castro Moraes, Data de publicação do parecer: DOESP, em 02/07/2020 - Trânsito em julgado em 14/08/2020)

uma creche tipo 2, sendo realizada a tomada de preços n° 12/2022 com o objetivo de contratar a prestação de serviços de engenharia visando à execução da construção do imóvel destinado a referida creche (Doc. 22 deste evento).

A referida tomada de preços resultou na celebração do contrato 186-2022 assinado em 24/06/2022, com autorização de início da obra em 24/06/2022 e previsão de execução dos serviços em 12 meses (Docs. 23, 24 e 25 deste evento).

Entretanto, apuramos que a referida obra se iniciou apenas no exercício de 2024, ficando parada por mais de 18 meses conforme declaração do setor de engenharia juntado no documento 26, deste evento.

Ressaltamos que este Projeto Padrão de creche Tipo 2 (Doc. 27, pág. 10 deste evento), desenvolvido para o Programa Proinfância possui capacidade de atendimento de até 188 crianças, em dois turnos (matutino e vespertino), ou 94 crianças em período integral. Ou seja, capaz de amenizar o problema de demanda reprimida de vagas em creche no Munícipio.

Por fim, em relação ao controle social realizado no Munícipio, identificamos a falta de transparência e comunicação entre o CACS FUNDEB e a Prefeitura.

O conselho alega que não recebeu toda a documentação do 3° e 4° trimestre de 2023 de forma tempestiva, e consequentemente emitiu o parecer INCONCLUSIVO ao analisar a aplicação dos recursos no exercício de 2023 (Doc. 28, deste evento).

Essa situação entre a Prefeitura e o CACS FUNDEB é recorrente, uma vez que constatamos a não habilitação do Órgão para recebimento do VAAT em 2024 por falta do envio adequado do SIOPE durante o ano de 2023, referente a prestação de contas do exercício de 2022, conforme relatado no Item D.1.2, deste relatório.

A ausência da correta prestação de contas pela Prefeitura prejudica o papel do CACS-FUNDEB no processo de controle social e na promoção de uma educação pública mais eficaz e transparente, pois dificulta obter respostas ou esclarecimentos sobre questões levantadas durante a análise e não conseguem fornecer uma avaliação definitiva ou recomendações claras para a melhoria da gestão dos recursos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

B.4. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE (i-Saúde/IEG-M)

Sob amostragem, não constatamos ocorrências dignas de nota nessa dimensão do IEG-M.

B.5. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS AMBIENTAIS (i-Amb/IEG-M)

Preliminarmente, constatamos que a série histórica do IEG-M para a correlata perspectiva demonstrou involução em relação ao último exercício, conforme segue:

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
i-Amb	C	C	C+	C

De plano, consignamos que a nota **"C"** obtida no último exercício avaliado, evidencia a **necessidade** de adoção de medidas no sentido de corrigir impropriedades de aspectos que compõem o IEG-M, visando a elevação dos conceitos e, consequentemente, o aprimoramento e uma maior efetividade dos serviços colocados à disposição da população, assim como o **não** atendimento de **recomendações** desta Corte de Contas, consoante o exposto no item F.2" deste relatório.

Ainda acerca do IEG-M, destacamos a seguinte ocorrência que indica a necessidade de correções/melhorias:

A Prefeitura Municipal não possuí programa de coleta seletiva de resíduos sólidos, contrariando o estabelecido no artigo 19, incisos XIV e XV, da Lei Federal nº 12.305, de 2 de agosto de 2010 (Doc. 29, deste evento).

A coleta seletiva de lixo desempenha um papel essencial na promoção da sustentabilidade ambiental e na redução dos impactos negativos causados pelos resíduos sólidos.

Ao separar os materiais recicláveis dos resíduos orgânicos e não recicláveis, as prefeituras não apenas contribuem para a preservação dos recursos naturais, como também incentivam a economia circular e a geração de empregos na cadeia de reciclagem.

Além disso, a coleta seletiva ajuda a prolongar a vida útil dos aterros sanitários e a reduzir os custos de tratamento de resíduos, beneficiando diretamente a qualidade de vida da população e promovendo um ambiente

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

mais limpo e saudável para as futuras gerações.

Ademais, desempenha um papel fundamental no alcance das Metas de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidas pela ONU.

Contribui diretamente para o ODS 11 (Cidades e Comunidades Sustentáveis) ao promover práticas que reduzem a poluição e melhoram a gestão de resíduos nas áreas urbanas.

Além disso, a coleta seletiva está alinhada com o ODS 12 (Consumo e Produção Sustentáveis), ao incentivar a redução, reutilização e reciclagem de materiais, minimizando assim o desperdício e a necessidade de novos recursos.

Também está ligada ao ODS 13 (Ação Contra a Mudança Global do Clima), ao mitigar as emissões de gases de efeito estufa provenientes do tratamento inadequado de resíduos.

Dessa forma, ao adotar práticas de coleta seletiva, as prefeituras municipais não apenas melhoram o ambiente local, mas também contribuem significativamente para o avanço global em direção às metas de desenvolvimento sustentável estabelecidas pela comunidade internacional.

B.6. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE INFRAESTRUTURA (i-Cidade/IEG-M)

Preliminarmente, constatamos que a série histórica do IEG-M para a correlata perspectiva demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade, conforme segue:

EXERCÍCIOS	2020	2021	2022	2023
i-Cidade	C	C	C	C

De plano, consignamos que a nota **“C”** obtida nos quatro últimos exercícios avaliados, evidencia a **necessidade** de adoção de medidas no sentido de corrigir impropriedades de aspectos que compõem o IEG-M, visando a elevação dos conceitos e, consequentemente, o aprimoramento e uma maior efetividade dos serviços colocados à disposição da população, assim como o **não** atendimento de **recomendações** desta Corte de Contas, consoante o exposto no item F.2” deste relatório.

Ainda acerca do IEG-M, destacamos a seguinte ocorrência que

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

indica a necessidade de correções/melhorias:

A Prefeitura Municipal não possui Plano de Contingência Municipal de Defesa Civil – PLANCON (Doc. 30, deste evento).

O PLANCON desempenha um papel importante na preparação e resposta a emergências e desastres naturais em áreas urbanas.

Ele é essencial para coordenar de maneira eficaz as ações dos órgãos públicos, serviços de emergência e comunidades locais diante de eventos como enchentes, deslizamentos, incêndios e outros desastres.

Ao estabelecer protocolos claros e procedimentos específicos para diferentes cenários de crise, o plano não apenas minimiza os danos materiais e humanos, mas também agiliza o processo de recuperação e reconstrução pós-desastre.

Além disso, promove a conscientização da população sobre medidas preventivas e de segurança, capacitando-a para uma resposta mais eficiente e organizada diante de situações de risco.

Assim, o PLANCON é essencial para fortalecer a resiliência das comunidades urbanas e proteger vidas, infraestruturas e recursos durante crises emergenciais.

Desta forma, o PLANCON desempenha um papel importante no avanço das Metas de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

O PLANCON contribui diretamente para o ODS 11 (Cidades e Comunidades Sustentáveis) ao fortalecer a capacidade das cidades para uma gestão eficaz de desastres naturais e crises emergenciais.

Ademais, ao estabelecer protocolos de resposta e preparação, o plano não apenas reduz o impacto de desastres na infraestrutura urbana e nas comunidades, mas também promove a adaptação às mudanças climáticas, alinhando-se com o ODS 13 (Ação Contra a Mudança Global do Clima).

Além disso, ao garantir uma resposta coordenada e eficiente, o plano contribui para a redução das desigualdades (ODS 10), protegendo especialmente os grupos vulneráveis que são, geralmente, os mais afetados por desastres.

Por todo exposto, concluímos que a implementação eficaz do Plano de Contingência proporciona que as cidades avancem em direção a um futuro mais seguro, inclusivo e sustentável para todos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

B.7. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (i-Gov TI/IEG-M)

Sob amostragem, não constatamos ocorrências dignas de nota nessa dimensão do IEG-M.

PERSPECTIVA C: FISCALIZAÇÃO CONTÁBIL, FINANCEIRA, ORÇAMENTÁRIA E PATRIMONIAL

C.1. CUMPRIMENTO DE DETERMINAÇÕES CONSTITUCIONAIS E LEGAIS – GESTÃO FISCAL

Face ao contido no artigo 1º, § 1º, da LRF, o qual estabelece os pressupostos da responsabilidade da gestão fiscal, passamos a expor o que segue.

Preliminarmente, informamos que o Município não aderiu ao Programa de Acompanhamento e Transparência Fiscal - Lei Complementar nº 178, de 13 de janeiro de 2021 (Doc. 31, deste evento).

C.1.1. RESULTADO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Com base nos dados gerados pelo Sistema Audesp, o resultado da execução orçamentária da Prefeitura evidenciou déficit que se encontrou totalmente **amparado** no superávit financeiro proveniente do exercício anterior, conforme quadro a seguir.

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	Valores	
(+) RECEITAS REALIZADAS	R$ 151.853.645,46	
(-) DESPESAS EMPENHADAS	R$ 157.548.300,83	
(-) REPASSES DE DUODÉCIMOS À CÂMARA	R$ 4.770.000,00	
(+) DEVOLUÇÃO DE DUODÉCIMOS DA CÂMARA	R$ 1.636.578,35	
(-) TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS À ADMINISTRAÇÃO INDIRETA	R$ 0,00	
(+ ou -) *AJUSTES DA FISCALIZAÇÃO*		
RESULTADO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA	**R$ -8.828.077,02**	**-5,8135%**

Fonte: RAAE – Doc. 03, pág. 01 e 02, neste evento.

Entretanto constatamos que o Município, considerando todos os órgãos componentes do Orçamento Anual, procedeu à abertura de créditos adicionais (suplementares e especiais) e à realização de transferências, remanejamentos e/ou transposições no valor total de R$ 57.352.208,53, o que corresponde a 32,04% da Despesa Fixada Inicial (Doc. 13 deste evento).

Desse montante, o valor de R$ 33.531.924,66 diz respeito a abertura de créditos adicionais suplementares por decreto, correspondente a 18,73% da despesa inicialmente fixada. Esse percentual é superior ao permitido nas peças orçamentárias da Origem, que limitam em 10% a realização deste tipo de alteração no orçamento (Assunto tratado no item B.1 deste relatório).

Esse percentual de alteração ratifica o baixo nível de adequação às dimensões auditadas pelo resultado do I-Plan/IEG-M descrito no item B.1. deste relatório e demonstra a precariedade do planejamento orçamentário, pressuposto para a responsabilidade da gestão fiscal (art. 1º, § 1º, da LRF).

Quanto aos repasses realizados à Câmara Municipal, cumpre informar que não havia saldo de repasses de duodécimos do ano anterior a ser compensado no exercício em exame, nos termos do art. 168, § 2º, da CF.

O resultado da execução orçamentária e dos investimentos, com base na despesa liquidada e nos Restos a Pagar Não Processados liquidados em cada exercício, apresentaram os seguintes percentuais:

Exercício	Resultado da execução orçamentária	Percentual do resultado da execução orçamentária	Percentual de investimento
2023	Déficit de R$ 8.828.077,02	- 5,81%	5,48%
2022	Déficit de R$ 9.452.591,68	- 6,70%	8,11%
2021	Superávit de R$ 10.235.897,40	8,97%	5,68%
2020	Superávit de R$ 9.024.793,98	8,96%	5,57%

Fonte: Resultado e percentual da execução orçamentária - RAAE – Doc. 03 deste evento e relatórios de exercícios anteriores.

Percentual de investimento – Sistema Audesp, considerando todo Munícipio.

C.1.1.1. RECEITAS

Nas verificações empreendidas pela Fiscalização, não foram constatadas irregularidades.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

C.1.1.2. DESPESAS

Nas verificações empreendidas pela Fiscalização, não foram constatadas irregularidades.

C.1.2. RESULTADOS FINANCEIRO, ECONÔMICO E SALDO PATRIMONIAL

Resultados	Exercício em exame	Exercício anterior	%
Financeiro	R$ 4.779.063,11	R$ 13.702.231,19	- 65,12%
Econômico	R$ 4.830.767,55	R$ 16.862.146,17	- 71,35%
Patrimonial	R$ 50.869.785,84	R$ 40.504.787,52	25,59%

Fonte: RAAE – Doc. 03, pág. 09, neste evento.

C.1.3. DÍVIDA DE CURTO PRAZO

Conforme demonstrado no item anterior, a Prefeitura apresentou, no encerramento do exercício examinado, um superávit financeiro, evidenciando, com isso, a existência de recursos disponíveis para o total pagamento de suas dívidas de curto prazo, registradas no Passivo Financeiro.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

C.1.4. DÍVIDA DE LONGO PRAZO

	Exercício em exame	Exercício anterior	AH%
Dívida Mobiliária			
Dívida Contratual	5.578.409,07	1.595.163,45	249,71%
Precatórios	19.858.441,97	19.858.441,97	0,00%
Parcelamento de Dívidas:	-	-	
De Tributos			
De Contribuições Sociais	-	-	
Previdenciárias			
Demais contribuições sociais			
Do FGTS			
Outras Dívidas			
Dívida Consolidada	**25.436.851,04**	**21.453.605,42**	**18,57%**
Ajustes da Fiscalização	16.420.725,41	16.420.725,41	0,00%
Dívida Consolidada Ajustada	**41.857.576,45**	**37.874.330,83**	**10,52%**

Fonte: Balancete da Origem - (Doc. 32, pág. 06, neste evento).

Informamos que o ajuste da Fiscalização apresentado no quadro em tela refere-se a parcelamentos de débitos previdenciários devidos ao RPPS que foram contabilizados de forma indevida pela Origem na conta 2.2.8.9.2.11.00 (Doc. 32, pág. 05, neste evento), enquanto o mais adequado seria utilizar a conta 2.2.1.4.2.02.00 - CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA - RPPS - DÉBITOS PARCELADOS, de modo que não foram considerados para fins de apuração da Dívida Consolidada.

Ademais, identificamos que não foi realizada nenhuma movimentação contábil referente ao saldo dessa dívida junto ao RPPS, bem como da dívida com precatórios (Doc. 33, deste evento).

Tais ocorrências contrariam os princípios da transparência fiscal, da evidenciação contábil e denotam falta de fidedignidade das informações enviadas ao Sistema Audesp.

Os parcelamentos estão sendo tratados no item **C.1.7. ENCARGOS SOCIAIS**, e seus subitens, deste relatório.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

C.1.5. PASSIVO JUDICIAL

C.1.5.1. PRECATÓRIOS

De acordo com informações prestadas pela Origem e carreadas junto ao Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, o Município está enquadrado no Regime Especial.

Os testes efetuados, na extensão considerada necessária, permitiram constatar que houve depósito da dívida referente ao exercício analisado, tendo sido depositado o montante de R$ 3.562.537,21 ao longo do período, sendo R$ 13.324,43 referente a depósito de insuficiência do exercício anterior (Doc. 34, deste evento).

Demais disso, verificamos que, no mesmo período, também foram transferidos para referidas contas, valores provenientes do levantamento de recursos oriundos de depósitos de lides de terceiros, nos termos do art. 101, § 2º, II, do ADCT da Constituição Federal, consoante tratado no item C.1.6 deste relatório, totalizando, dessa maneira, R$ 4.301.916,73 depositados nas contas especiais com a finalidade de pagamento dos precatórios, conforme demonstrado no doc. 35, deste evento.

Por oportuno, no que diz respeito a outros aspectos de interesse, relativos ao tema, verificamos que:

Verificações		
01	O TJSP atestou a suficiência dos depósitos de competência do exercício fiscalizado? (Doc. 36, deste evento)	Sim
02	O Balanço Patrimonial registra, corretamente, a dívida de precatórios?	Não
03	O Balanço Patrimonial registra, corretamente, os saldos financeiros existentes nas contas bancárias junto ao Tribunal?	Não
04	Em caso de acordos diretos com os credores, houve regular pagamento no exercício em exame? (Doc. 37, deste evento)	Prejudicado

Item 02 - Verificamos uma divergência entre o saldo de precatórios em 31/12/2023 constante do mapa encaminhado pela Origem ao Sistema Audesp (R$ 20.422.665,93 - Doc. 38, deste evento) e o valor registrado em seu Balanço Patrimonial (R$ 19.858.441,97)[4].

[4] Saldo da conta contábil "223110400 – Precatórios de Fornecedores Nacionais – Regime Especial", extraído do Balancete da Origem – Doc. 32, deste evento.

Demais disso, conforme relatado no item C.1.4 identificamos que não foi realizada nenhuma movimentação contábil referente à dívida com precatórios (Doc. 33, deste evento).

Item 03 – Identificamos que foi registrado contabilmente pela Prefeitura apenas o ingresso dos recursos depositados na conta especial junto ao Tribunal de Justiça, não tendo sido realizada a baixa destes quando de sua saída da referida conta por ocasião dos pagamentos efetuados aos credores dos precatórios pelo TJSP, conforme observado na movimentação da conta "1.1.3.5.1.08.02 – Conta Especial – Precatórios" (Doc. 32, deste evento). Tal fato contraria as orientações contidas no Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP) e nos Roteiros Contábeis Essenciais publicados pela Divisão Audesp.

Isto posto, cabe à Origem realizar os controles necessários, para gerir e registar sua dívida com precatórios e seus saldos das contas bancárias junto ao Tribunal de Justiça de forma fidedigna, e atender aos princípios da transparência fiscal (artigo 1º, § 1º, da Lei de Responsabilidade Fiscal) e da evidenciação contábil (artigo 85 da Lei nº 4.320, de 1964).

Detalhamos, ainda, a situação do controle do estoque da dívida judicial, de acordo com os registros do Mapa de Precatórios (AUDESP):

REGISTRO CONTÁBIL DA DÍVIDA DE PRECATÓRIOS		
Valor atualizado até 31/12 do exercício anterior	**R$**	**20.422.665,93**
Valor da atualização monetária ou inclusões efetuadas no exercício em exame		
Valor cancelado		
Valor pago		
Ajustes da Fiscalização		
Saldo atualizado em 31/12 do exercício em exame	**R$**	**20.422.665,93**

Cabe observar ainda que não foi registrado nenhuma movimentação no saldo da dívida advinda do exercício anterior no mapa informado ao sistema AUDESP, nem na conta "223110400 – Precatórios de Fornecedores Nacionais – Regime Especial", extraído do Balancete da Origem, prejudicando a análise desta Fiscalização.

APURAÇÕES REFERENTES À EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 109/2021

Considerando o valor dos depósitos referentes ao exercício em exame, o quadro a seguir procura demonstrar se nesse ritmo as dívidas com precatórios estariam liquidadas até o exercício de 2029, conforme Emenda

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021.

EC Nº 109/2021 : QUITAÇÃO DOS PRECATÓRIOS ATÉ	2029	
Saldo de precatórios até 31.12 de	2023	R$ 19.858.441,97
Número de anos restantes até	2029	6
Valor anual necessário para quitação até	6	R$ 3.309.740,33
Montante depositado referente ao exercício de	2023	R$ 4.301.916,73
Nesse ritmo, valor suficiente para quitação em 2029		

* Considerando o saldo registrado no balancete analítico da Origem.

C.1.5.2. REQUISITÓRIOS DE BAIXA MONTA

De acordo com o exame efetuado, na extensão considerada necessária, constatamos que houve pagamento de todos os requisitórios de baixa monta vencidos no exercício (Doc. 39, deste evento), no montante de R$ 71.870,46.

C.1.6. DEPÓSITOS JUDICIAIS E EXTRAJUDICIAIS

Cumpre registrar, inicialmente, que a Prefeitura de Igarapava foi habilitada, nos termos da Portaria TJSP nº 9.598/2018, para fins de utilização de recursos provenientes de depósitos judiciais de processos de terceiros para a quitação de precatórios judiciais, nos moldes autorizados pelo art. 101, § 2º, II, do ADCT da Constituição Federal.

Por meio da Lei Municipal nº 836/2019 (Doc. 40, deste evento), foi regulamentada, em âmbito local, a forma de utilização desses depósitos judiciais, bem como os procedimentos contábeis aplicáveis ao caso a serem adotados pela Prefeitura.

Constatamos que o repasse desses valores é realizado diretamente (Doc. 41, deste evento) para conta especial de precatórios administrada pelo TJSP, consoante tratado no item C.1.5.1 deste relatório.

Apesar disso, em análise dos dados contábeis encaminhados pela Origem ao Sistema Audesp, não foi verificado o registro desse montante como receita orçamentária de capital, tampouco houve o reconhecimento de passivo permanente relacionado a essa obrigação assumida, uma vez que se trata de depósitos judiciais de terceiros que deverão ser devolvidos pela

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Prefeitura por meio de recomposição do fundo garantidor constituído, na medida em que esses depósitos forem sendo sacados pelas partes dos processos[5].

A respeito do fundo garantidor, constatamos que o Município não estava desenquadrado em dezembro de 2023 (Doc. 42, deste evento).

Entretanto, cabe informar que a Prefeitura procedeu ao longo do exercício depósito de valores para cobertura do saldo desenquadrado, totalizando R$ 1.342.195,97 no ano de 2023[6]. Registramos, todavia, que tais despesas foram empenhadas no elemento 3.3.90.93, enquanto o mais adequado seria registrá-las no elemento 4.5.90.93.

Diante do exposto, consignamos que as ocorrências acima apontadas denotam falhas de contabilização pela Origem, tendo em vista que não foram observadas as orientações previstas na Lei Municipal nº 836/2019, no Item 30 das Instruções de Procedimentos Contábeis nº 15 (IPC 15) da Secretaria do Tesouro Nacional[7] e no Comunicado SDG nº 29/2021[8], em desobediência aos princípios da transparência fiscal e da evidenciação contábil.

C.1.7. ENCARGOS

Os recolhimentos apresentaram a seguinte posição:

Verificações		Guias apresentadas
01	INSS:	**SIM**
02	FGTS:	**SIM**
03	RPPS:	**SIM**
04	PASEP:	**SIM**

[5] Conforme previsto nos arts. 9º e 12 da Lei Municipal nº 836/2019 (Doc. 40, deste evento).

[6] Despesas empenhadas pela Prefeitura no subelemento "3.3.90.93.99 - Diversas Indenizações e Restituições" em 2023, cujo credor era o Banco do Brasil S.A.

[7] Disponível em https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::::9:P9_ID_PUBLICACAO_ANEXO:10600. Acesso em 20/08/20247.

[8] Disponível em https://www.tce.sp.gov.br/legislacao/comunicado/contabilizacao-recursos-decorrentes-lc-15115. Acesso em 20/08/2024.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

De acordo com o exame efetuado, na extensão considerada necessária, **não** constatamos irregularidades na gestão dos encargos incorridos no exercício.

C.1.7.1. PARCELAMENTOS DE DÉBITOS PREVIDENCIÁRIOS

Registramos, preliminarmente, que a Prefeitura não possuía encargos previdenciários parcelados junto ao INSS no exercício em exame.

Em relação ao RPPS, constatamos a existência de parcelamentos e reparcelamentos de débitos previdenciários, autorizados pela Portaria MF nº 333/2017 e pelas Lei Municipais nº 756/2017, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Lei municipal autorizadora	Nº do acordo	Valor total parcelado	Quantidade de parcelas	Parcelas devidas restantes	Parcelas pagas no exercício
756/2017	1828/2017	R$ 3.211.236,72	200	139 de 200	12 (62ª a 73ª)
756/2017	1829/2017	R$ 539.800,88	200	139 de 200	12 (62ª a 73ª)
756/2017	1830/2017	R$ 9.868.252,11	200	139 de 200	12 (62ª a 73ª)

Fonte: Doc. 64, deste evento, e análise dos empenhos do sistema AUDESP.

Outrossim, verificamos a ocorrência de parcelamentos de débitos relativos a aportes para equacionamento de déficit atuarial devidos ao RPPS, autorizados por meio das Leis Municipais nº 498/2011, 925/2020 e 997/2021, consoante segue:

Lei municipal autorizadora	Nº do acordo	Valor total parcelado	Quantidade de parcelas	Parcelas devidas restantes	Parcelas pagas no exercício
498/2011	0392/2011	R$ 17.650.757,63	420	285 de 420	11 (136ª a 147ª) *
925/2020	0423/2021	R$ 6.662.450,40	48	26 de 48	12 (23ª a 34ª)
997/2021	0042/2022	R$ 2.427.930,11	36	26 de 36	12 (11ª a 22ª)

*Por equívoco da Prefeitura restou uma parcela não paga no exercício, que foi quitada em 28/02/2024, regularizando a situação.

Fonte: Doc. 64, deste evento, e análise dos empenhos do sistema AUDESP.

Demais disso, conforme relatado no item C.1.4 identificamos que não foi realizada nenhuma movimentação contábil referente aos débitos previdenciários (Doc. 33, deste evento).

Do acima exposto, constatamos que, no período em análise, a Prefeitura cumpriu o acordado.

C.1.7.2. DEMAIS PARCELAMENTOS (FGTS/PASEP)

A Prefeitura não possui parcelamentos de FGTS e Pasep.

C.1.7.3. REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA

Inicialmente, destacamos que o Município possui Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), sendo este administrado pelo Instituto de Previdência Municipal de Igarapava - Previgarapava, cujas contas do exercício de 2023 estão abrigadas no TC-002630.989.23-4.

Oportuno salientar que o Ente Federativo se encontra em situação irregular perante a Lei Federal nº 9.717/1998, o que constitui óbice à emissão do Certificado de Regularidade Previdenciária (CRP) pela via convencional.

Cabe registrar que o último CRP obtido dessa forma pelo Município de Igarapava teve sua validade expirada em 20/09/2014, conforme consulta efetuada ao Portal Cadprev[9], sendo que, a partir de então, referido certificado vem sendo emitido por meio de ações judiciais (Doc. 43, neste evento).

À vista disso, considerando que o Ente deve garantir a preservação do equilíbrio financeiro e atuarial do seu regime próprio de previdência, conforme disciplina o art. 40 da Constituição Federal, o art. 69 da LRF e o art. 1º da Lei nº 9.717/1998, buscamos analisar a regularidade das ações de responsabilidade do Prefeito Municipal que podem interferir no desempenho do RPPS, sendo constatado o seguinte:

[9] https://cadprev.previdencia.gov.br/Cadprev/pages/publico/crp/pesquisarEnteCrp.xhtml. Acesso em 01/08/2024.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Verificações		
01	Houve ajuste das alíquotas de contribuição previdenciária patronal e dos servidores aos mínimos determinados pela Emenda Constitucional nº 103/2019?	Sim
02	Houve instituição de previdência complementar, conforme determinado pela Emenda Constitucional nº 103/2019 c/c Portaria MTP nº 1.467/2022?	Sim
03	Houve implementação e cumprimento das medidas indicadas na Avaliação Atuarial para equacionamento do déficit atuarial, tais como: alíquotas suplementares, alteração de alíquotas (que dependem de alteração de legislação), aportes periódicos, entre outros?	**Não**
04	O plano de equacionamento do déficit atuarial do Regime está compatível com a capacidade orçamentária, financeira e fiscal do ente federativo e isso foi devidamente comprovado pelo Demonstrativo de Viabilidade do Plano de Custeio?	Sim
05	O ente federativo (e a unidade gestora do RPPS), nos termos do § 3º do art. 76 da Portaria MTP n° 1.467/2022, verificou os requisitos de habilitação estabelecidos nos incisos do *caput* do mesmo dispositivo para nomeação ou permanência dos dirigentes do RPPS?	Sim

Maiores detalhes acerca das verificações exibidas no quadro em tela foram tratados no subitem a seguir:

C.1.7.3.1. IRREGULARIDADES NO PAGAMENTO DOS APORTES PARA EQUACIONAMENTO DO DÉFICIT ATUARIAL

Preliminarmente, destacamos que, no relatório de avaliação atuarial relativo à data focal de 31/12/2022 (Doc. 44, deste evento), cujas propostas deveriam ser implementadas no exercício subsequente (2023), foi apurado que, com base nos cálculos técnicos realizados, o RPPS do Município de Igarapava apresentava déficit atuarial da ordem de R$ 226.864.070,03 (2023), equivalente a 161% da Receita Corrente Líquida daquele ano.

Oportuno registrar que, nos termos do art. 2º da Lei Complementar Municipal nº 50/2016[10], qualquer alteração no plano de amortização do déficit atuarial pode ser feita pelo Chefe do Poder Executivo, mediante ato próprio.

Isto posto, verificamos que o Prefeito Municipal editou o decreto abaixo sobre a matéria, optando por planos de equacionamento sob a forma de aportes periódicos com valores preestabelecidos, conforme segue:

[10] Lei Complementar Municipal nº 50/2016: "Art. 2º - Fica autorizado o Poder Executivo a emitir Decreto, sempre que for realizada a avaliação atuarial anual e houver necessidade de alterar a Contribuição Patronal e o Aporte Financeiro para amortização do déficit atuarial."

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

EXERCÍCIO	DECRETO MUNICIPAL Nº 2.744, DE 31 DE JULHO DE 2023
2023	R$ 7.233.403,53
2024	R$ 8.523.360,50
2025	R$ 11.157.312,74
2026 a 2053	R$ 14.618.428,78

Fonte: Decreto 2744/2023 – Doc 45, deste evento.

Do acima exposto, observamos que o Município não cumpriu em sua totalidade o pagamento dos aportes estabelecidos por meio do Decreto acima mencionado.

Identificamos que do valor total de R$ 7.233.403,53 devido pela Prefeitura no exercício de 2023, foi pago apenas R$ 2.480.755,42[11], restando um saldo devedor de R$ 4.752.648,11 ao final de 2023.

Desta forma, foi enviado o Projeto de Lei 48/2023 (Doc. 46 deste evento) com a finalidade de parcelar esse saldo devedor, entretanto não foi aprovado pelo Legislativo, conforme votação juntada no doc. 47, deste evento, se mantendo em aberto a referida dívida junto ao RPPS até a presente data.

Oportuno ressaltar que a dificuldade do Executivo em honrar, de forma legítima e adequada, com suas obrigações perante o RPPS é refletida também no deficiente planejamento orçamentário do Município, uma vez que apesar da previsão de dotação inicial suficiente, houve diversos cancelamentos de dotações ao longo do exercício de 2023, que resultaram em dotação final insuficiente para suportar as despesas com os aportes para cobertura do déficit atuarial (Conforme tabela abaixo).

Ação	Data	Número Norma Legal	Tipo Norma Legal	DOTAÇÃO INICIAL	CANCELAMENTO DE DOTAÇÕES	ACRÉSCIMO DE DOTAÇÕES
Aporte Periódico RPPS				R$ 7.500.000,00	R$ -	R$ -
Aporte Periódico RPPS	11/09/2023	2758	DECRETO MUNICIPAL	R$ -	-R$ 40.000,00	R$ -
Aporte Periódico RPPS	10/10/2023	2776	DECRETO MUNICIPAL	R$ -	-R$ 52.000,00	R$ -

[11] Doc. 46, pág. 4.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Aporte Periódico RPPS	24/10/2023	2779	DECRETO MUNICIPAL	R$ -	-R$ 1.260.600,00	R$ -
Aporte Periódico RPPS	01/11/2023	2783	DECRETO MUNICIPAL	R$ -	-R$ 583.628,35	R$ -
Aporte Periódico RPPS	06/11/2023	2784	DECRETO MUNICIPAL	R$ -	-R$ 1.096.862,87	R$ -
Aporte Periódico RPPS	29/11/2023	2794	DECRETO MUNICIPAL	R$ -	R$ 248.400,00	R$ 248.400,00
				R$ 7.500.000,00	**-R$ 3.033.091,22**	**R$ 248.400,00**

Fonte: Dados extraídos do sistema Audesp.

Cabe salientar ainda que a falta de regular cumprimento pela Prefeitura de suas obrigações relacionadas aos aportes devidos ao RPPS vem se mostrando recorrente e gerando sucessivos parcelamentos, o que aumenta seu endividamento de longo prazo e compromete futuros orçamentos do Município com encargos cuja responsabilidade deveria ser da atual gestão, conforme apontado nos relatórios das contas dos exercícios de 2020[12] e 2021[13].

Em remate, salientamos que as ocorrências acima apontadas vão na contramão da preservação do equilíbrio financeiro e atuarial do regime próprio de previdência, em detrimento do disposto no art. 40, *caput*, da Constituição Federal, no art. 69 da Lei de Responsabilidade Fiscal e no art. 1º, *caput*, da Lei nº 9.717/1998, bem como contribuem para o agravamento da situação econômico-financeira enfrentada pelo Previgarapava.

---

[12] Evento 47.22 do TC-003107.989.20: "[...] em relação aos aportes financeiros para o equacionamento do déficit atuarial do Instituto de Previdência Municipal de Igarapava, previstos no Decreto nº 2.211, de 16.01.2020 [...], a Origem providenciou o recolhimento apenas das parcelas relativas aos meses de janeiro e fevereiro. As demais parcelas vencidas no exercício, referentes aos meses de março a dezembro, montante equivalente a R$ 6.148.557,50, não foram sequer empenhadas.

Amparado pela Lei Municipal nº 925, de 29.12.2020 [...], a Prefeitura Municipal firmou, em 05.02.2021, o Termo de Acordo de Parcelamento e Confissão de Débitos Previdenciários (Acordo CadPrev nº 00423/2021 [...]), no qual comprometeu-se a saldar seu saldo devedor em 48 parcelas mensais, sendo a primeira com vencimento previsto para o dia 10.03.2021."

[13] Evento 58.43 do TC-007090.989.20: "[...] no que se refere aos aportes para amortização do déficit atuarial do RPPS, devidos em 2021, a Prefeitura deixou de repassar R$ 2.427.930,13, montante esse que sequer foi empenhado, mesmo tendo sido evidenciado expressivo superávit na execução orçamentária do exercício.

Não suficiente, com base na Lei nº 997 de 13.12.2021, firmou em 18.02.2022 novo Termo de Acordo de Parcelamento e Confissão de Débitos Previdenciários - Acordo Cadprev nº 0042/2022 [...], no qual se comprometeu a saldar a dívida de R$ 2.427.930,13 em 36 parcelas mensais, sendo a primeira com vencimento previsto para o dia 20.03.2022."

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

C.1.7.3.2. DIVERGÊNCIAS NO CONTROLE DA DÍVIDA PREVIDENCIÁRIA ENTRE A PREFEITURA E O RPPS

Constatamos que o Instituto de Previdência Municipal de Igarapava reconheceu, por meio de controles próprios (Doc. 48, neste evento), a existência de direitos não parcelados a receber da Prefeitura Municipal, referentes a contribuições previdenciárias incidentes sobre parcelas remuneratórias dos benefícios de auxílio-doença que deixaram de ser recolhidas pelo Órgão Patronal nos anos de 2010 a 2018, totalizando R$ 10.125.315,26 de dívida junto ao RPPS em 31/12/2023.

Por sua vez, a Prefeitura Municipal, consoante declaração prestada (Doc. 49, neste evento), não reconhece a existência destes débitos perante o Instituto de Previdência em seu balanço patrimonial no final do exercício de 2023.

Verifica-se, portanto, discrepância dos controles financeiros entre a Prefeitura e o RPPS, o que demanda atuação conjunta de ambos os Órgãos no sentido de revisão desta dívida previdenciária com o objetivo de dirimir a divergência apurada.

Se for o caso, caberá à Prefeitura promover o pagamento das obrigações devidas ao RPPS, sendo oportuno destacar que, no parecer das contas de 2019[14], consta recomendação deste Tribunal para que o Órgão efetue o recolhimento dos encargos incidentes sobre as parcelas remuneratórias do auxílio-doença.

C.1.8. TRANSFERÊNCIA À CÂMARA DOS VEREADORES

Os repasses à Câmara obedeceram ao limite do artigo 29-A da CF.

[14] "Determino seja a Prefeitura Municipal cientificada, via sistema eletrônico, acerca das seguintes recomendações: [...] proceda ao recolhimento dos encargos incidentes sobre as parcelas remuneratórias do auxílio doença;" (TC-004759.989.19, Relator: Conselheiro Dr. Renato Martins Costa, Data de publicação do Acórdão: DOESP, em 02/10/2021 - Trânsito em julgado em 24/11/2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

C.1.9. ANÁLISE DOS LIMITES E CONDIÇÕES DA LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL

No período, as análises automáticas não identificaram descumprimentos aos limites estabelecidos na LRF, quanto à Dívida Consolidada Líquida – DCL, Concessões de Garantias e Operações de Crédito, inclusive por Antecipação de Receita Orçamentária – ARO.

C.1.9.1. DESPESA DE PESSOAL

Conforme Relatórios de Gestão Fiscal emitidos pelo Sistema Audesp, o Poder Executivo atendeu ao limite da despesa de pessoal previsto no artigo 20, III, b, da LRF, registrando no 3° quadrimestre o valor de R$ 58.139.600,12, o que representa um percentual de 41,38% de sua Receita Corrente Líquida.

C.1.10. DEMAIS ASPECTOS SOBRE RECURSOS HUMANOS

Eis o quadro de pessoal existente no final do exercício:

Natureza do cargo/emprego	Quant. Total de Vagas		Vagas Providas		Vagas Não Providas	
	Ex. anterior	Ex. em exame	Ex. anterior	Ex. em exame	Ex. anterior	Ex. em exame
Efetivos	1.646	1.678	814	844	832	834
Em comissão	37	37	30	34	7	3
Total	**1683**	**1715**	**844**	**878**	**839**	**837**
Temporários	**Ex. anterior**		**Ex. em exame**		**Em 31.12 do**	**Ex. em exame**
Nº de contratados	-		8		6	

Fonte: Sistema AUDESP – fase III 2022 e 2023.

Cabe informar que constatamos 13 cargos criados em exercício anteriores (Doc. 50, deste evento) que não constavam no quadro de pessoal do sistema AUDESP fase III em 2022, e que foi regularizado em 2023, bem como a correção de menos 1 cargo de 2022 para 2023 (Diretor de escola que foi de 3 para 2).

Também identificamos a criação/aumento de cargos relacionados

no doc. 51, deste evento no decorrer do exercício em análise, e observamos a existência da previsão de autorização específica na lei de diretrizes orçamentárias do exercício de 2023 para a criação, aumento e provimento de cargos, em consonância com o estipulado no art. 169, § 1º, II, da Constituição Federal, bem como a elaboração de estimativa do impacto orçamentário-financeiro das vagas criadas/aumentadas, em atendimento ao art. 113 do ADCT da Constituição Federal e aos arts. 16 e 17 da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Por fim, sob amostragem, não constatamos outras ocorrências dignas de nota sobre o assunto neste exercício.

C.1.10.1. CONTRATAÇÕES DE PESSOAL POR TEMPO DETERMINADO

A Fiscalização analisou por amostragem as contratações de pessoal por tempo determinado efetuadas no exercício quanto aos aspectos legais, formais e princípios gerais da administração pública, não detectando ocorrências dignas de nota.

C.1.11. SUBSÍDIOS DOS AGENTES POLÍTICOS

CARGOS	VICE-PREFEITO	PREFEITO
Valor subsídio inicial fixado para a legislatura (Lei Municipal nº 01/2012, de 13 de janeiro de 2012)	R$ 6.000,00	R$ 15.000,00

Os subsídios mensais do Prefeito (R$ 15.000,00) e do Vice-Prefeito (R$ 6.000,00) foram fixados por meio da Lei Municipal nº 01/2012, sendo que, nos exercícios posteriores, inclusive em 2023, não houve revisão desses valores, nem nova fixação de subsídios.

Verificações		
01	A fixação decorre de lei de iniciativa da Câmara dos Vereadores, em consonância com o artigo 29, V, da CF?	Sim
02	Foi concedida RGA no exercício analisado?	Não

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

03	A revisão remuneratória se compatibiliza com a inflação dos 12 meses anteriores?	Prejudicado
04	A RGA se deu no mesmo índice e na mesma data dos servidores do Executivo?	Prejudicado
05	Foram apresentadas as declarações de bens nos termos da Lei nº 8.429, de 02 de junho de 1992, atualizada?	Sim
06	As situações de acúmulos de cargos/funções dos agentes políticos, sob amostragem, estavam regulares?	Prejudicado

06 – Não houve situações de acúmulos de cargos/funções de agentes políticos.

Conforme nossos cálculos, não foram constatados pagamentos maiores que os fixados.

C.2. OUTROS PONTOS DE INTERESSE

Os exames efetuados *in loco* evidenciaram as seguintes impropriedades dignas de nota:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

C.2.1. DÍVIDA ATIVA

Movimentação da Divida Ativa	2022	2023	AH%
Saldo inicial da Dívida Ativa	**R$ 16.668.343,16**	**R$ 17.719.981,25**	**6,31%**
Inclusões da Fiscalização			
Exclusões da Fiscalização			
Saldo inicial da Dívida Ativa ajustado	**R$ 16.668.343,16**	**R$ 17.719.981,25**	**6,31%**
Saldo inicial da Provisão para Perdas	**R$ 13.359.615,56**	**R$ 13.359.615,56**	**0,00%**
Inclusões da Fiscalização			
Exclusões da Fiscalização			
Saldo inicial Provisão para Perdas ajustado	**R$ 13.359.615,56**	**R$ 13.359.615,56**	**0,00%**
Total	**R$ 3.308.727,60**	**R$ 4.360.365,69**	**31,78%**
Total Ajustado	**R$ 3.308.727,60**	**R$ 4.360.365,69**	**31,78%**
Recebimentos	**R$ 1.139.186,56**	**R$ 1.072.634,98**	**-5,84%**
Inclusões da Fiscalização			
Exclusões da Fiscalização			
Recebimentos Ajustados	**R$ 1.139.186,56**	**R$ 1.072.634,98**	**-5,84%**
Cancelamentos	**R$ 1.421.787,90**	**R$ 457.651,56**	**-67,81%**
Inclusões da Fiscalização			
Exclusões da Fiscalização			
Cancelamentos Ajustados	**R$ 1.421.787,90**	**R$ 457.651,56**	**-67,81%**
Valores não Recebidos	**R$ 747.753,14**	**R$ 2.830.079,15**	**278,48%**
Valores não Recebidos Ajustados	**R$ 747.753,14**	**R$ 2.830.079,15**	**278,48%**
Inscrição	**R$ 3.612.612,55**	**R$ 5.824.921,98**	**61,24%**
Inclusões da Fiscalização			
Exclusões da Fiscalização			
Inscrições Ajustadas	**R$ 3.612.612,55**	**R$ 5.824.921,98**	**61,24%**
Juros e Atualizações da Dívida	**R$ -**	**R$ -**	
Inclusões da Fiscalização			
Exclusões da Fiscalização			
Juros e Atualizações da Dívida Ajustada	**R$ -**	**R$ -**	
Saldo Final da Provisão para Perdas	**R$ -**	**R$ -**	
Inclusões da Fiscalização			
Exclusões da Fiscalização			
Saldo Final Provisão p/ Perdas ajustado	**R$ -**	**R$ -**	
Saldo Final da Dívida Ativa	**R$ 4.360.365,69**	**R$ 8.655.001,13**	**98,49%**
Saldo Final da Dívida Ativa Ajustado	**R$ 4.360.365,69**	**R$ 8.655.001,13**	**98,49%**

Conforme abordado também no item B.2 deste relatório, constatamos que o recebimento (R$ 1.072.634,98) da dívida ativa no Município durante o exercício analisado, em relação ao estoque inicial (R$ 17.719.981,25) foi de apenas 6,05%.

Tendo em vista o baixo índice de recebimento passamos a analisar alguns aspectos referente ao gerenciamento da dívida ativa no Município:

A Prefeitura informou (Doc. 52, deste evento) que não é realizada a higienização no estoque da dívida ativa, de forma a separar os créditos podres, débitos prescritos, de pequeno valor ou com vícios administrativos.

Somente desta forma, realizando a análise frequente de seus créditos, a Origem poderia conhecer de forma clara a situação da sua Dívida Ativa, de forma a garantir que o valor lançado contabilmente corresponda, com

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

maior exatidão, ao valor que o município tem a receber, evitando inconsistências contábeis e eventual supervalorização do ativo, além de facilitar a priorização das cobranças que estão prestes a prescrever.

A Prefeitura informou ainda que dentre os meios de cobrança da dívida ativa de forma extrajudicial, utiliza-se notificação e parcelamentos, em até 72 vezes, com envio de cobranças aos contribuintes (Doc. 53, deste evento).

Desta forma não foram implantadas as seguintes modalidades:

- ✓ Protesto extrajudicial da Certidão da Dívida Ativa (CDA);
- ✓ Conciliação extrajudicial;
- ✓ Inclusão do nome do devedor em Cadastro (Ex. Cadastro Informativo Municipal - CADIN);
- ✓ Inclusão do nome do devedor em serviços de proteção ao crédito.

Nota-se que a cobrança de Dívida Ativa por procedimento administrativo é importante não só para aumentar a arrecadação municipal, mas para evitar a proposição de centenas ou milhares de execuções fiscais, muitas vezes às vésperas da prescrição.

Neste sentido, é importante que sejam implantados os procedimentos de cobrança extrajudicial da Dívida Ativa mencionados acima, visando recuperar uma parte substancial do débito de forma administrativa.

A via judicial, portanto, deve ser a última alternativa, a ser utilizada quando frustrada a cobrança administrativa ou extrajudicial e, ainda assim, se a execução fiscal for viável, de acordo com os critérios fixados pelo Município.

Acerca do assunto, destacamos o Comunicado SDG nº 023/2013, que orienta os municípios acerca do tema:

> O Tribunal de Contas do Estado de São Paulo comunica que Estado e Municípios contabilizavam em 31 de dezembro de 2012 dívida ativa no total de R$ 257.633.987.035,00. Reitera-se, diante disso, a necessidade de providências no sentido da recuperação desses valores, seja pela via judicial, observado o teor da consulta respondida nos autos do processo TC-7667/026/08, seja, especialmente, por meios próprios, mediante cobrança administrativa ou protesto extrajudicial, este último, inclusive, objeto da consulta respondida nos autos do processo TC-41852/026/10 e previsto no parágrafo único do artigo 1º da Lei Federal nº 9.492, de 10 de setembro de 1997. Publicado no DOE de 06 de junho de 2013 Pág. 41. Republicado no DOE de 07 de junho de 2013 pág. 21.

Além de acarretar ofensa ao caput do artigo 11 da LRF, a falta de efetividade no recebimento da Dívida Ativa pode, em última análise, significar

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

inobservância dos princípios que ditam a Administração Pública, dentre os quais o da eficiência, contido no artigo 37 da Constituição Federal.

Destacamos ainda decisão proferida por este Tribunal, em sede de Pedido de Reexame (Contas Anuais de 2020 da Prefeitura Municipal de Mongaguá – TC-001355.989.23)[15], indicando que a ausência de regulamentação específica de determinados atos e a não adoção de mecanismos de cobrança extrajudicial pode implicar em descumprimento do artigo 11 da LRF:

> Relativamente à gestão da Dívida Ativa, restou bem demonstrado no voto combatido que a Prefeitura não promoveu ações voltadas à efetiva arrecadação dos tributos sob sua competência, em desalinho ao que determina o art. 11 da Lei de Responsabilidade Fiscal, já que a localidade não dispunha de regulamentação específica que disciplinasse os atos de inscrição, revisão, transação e ajuizamento das execuções fiscais, nem adotava mecanismos de cobrança extrajudicial no intuito de majorar a recuperação desses haveres.

PERSPECTIVA D: FISCALIZAÇÃO DA APLICAÇÃO ESPECÍFICA NO ENSINO E SAÚDE

D.1. APLICAÇÃO POR DETERMINAÇÃO CONSTITUCIONAL E LEGAL NO ENSINO

Quanto à aplicação de recursos ao final do exercício em exame, conforme informado ao Sistema Audesp e apurado pela Fiscalização, os resultados assim se apresentaram:

[15] Tribunal Pleno – Sessão de 02/08/2023 – Trânsito em julgado em 22/08/2023.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

QUADRO 01 - MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO ENSINO, EXCETO FUNDEB (Art. 212, CF - Min 25%)		
IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS DE IMPOSTOS		
01 - RECEITAS	R$ 108.938.398,26	
02 - Ajustes da Fiscalização (+/-)	R$ -	
03 - Total de Receitas de Impostos - T.R.I. (01 + 02)	**R$ 108.938.398,26**	
DESPESAS PRÓPRIAS EM EDUCAÇÃO COM RECEITA DE IMPOSTOS		
04 - Educação Básica (exceto FUNDEB)	R$ 17.839.309,44	
05 - Acréscimo: Contribuição ao Fundeb (FUNDEB retido)	R$ 17.535.062,82	
06- Dedução: Ganhos de aplicações financeiras	R$ 15.646,72	
07 - Deducão: FUNDEB retido e não aplicado no retorno, conforme legislação	R$ -	
08 - Aplicação apurada até 31/12 2023 (04+05-06-07) e (08/03)	**R$ 35.358.725,54**	**32,46%**
09 - Dedução: Restos a Pagar não pagos - recursos próprios - até 31/01/2024.	R$ -	
10 - Outros ajustes da Fiscalização - Recursos Próprios (+/-)	R$ -	
11 - Aplicação final na Educação Básica (08 - 09 + 10) e (11/03) - Mínimo 25%	**R$ 35.358.725,54**	**32,46%**
PLANEJAMENTO ATUALIZADO DA EDUCAÇÃO		
Receita Prevista Atualizada	R$ 114.214.000,00	
Despesa Fixada Atualizada	R$ 34.334.731,31	
Índice Apurado	**30,06%**	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

QUADRO 02 - DEMONSTRATIVO DO FUNDEB		
FUNDEB - RETENÇÕES E RECEITAS DO EXERCÍCIO		
01 - Retenções ao Fundeb	R$ 17.535.062,82	
02 - FUNDEB - Receitas de Impostos e Transferências de Impostos	R$ 22.110.881,74	
03 - Rendimentos Financeiros - Impostos e Transferência de impostos	R$ 83.984,19	
04 - Ajustes da Fiscalização (+/-)	R$ -	
05 - FUNDEB-Rec. de Impostos e Transf. de Impostos após ajustes (02 + 03 + 04)	R$ 22.194.865,93	
06 - Complementação da União - VAAF + rendimentos financeiros	R$ -	
07 - Ajustes da Fiscalização - Complementação da União - VAAF (+/-)	R$ -	
08 - Complementação da União - VAAF após ajustes (06 + 07)	R$ -	
09 - Complementação da União - VAAT + rendimentos financeiros	R$ -	
10 - Ajustes da Fiscalização - Complementação da União - VAAT (+/-)	R$ -	
11 - Complementação da União - VAAT após ajustes (09 + 10)	R$ -	
12 - Complementação da União - VAAR + rendimentos financeiros	R$ 404.649,38	
13 - Ajustes da Fiscalização - Complementação da União - VAAR (+/-)	R$ -	
14 - Complementação da União - VAAR após ajustes (12 + 13)	R$ 404.649,38	
15 - Total das Receitas do FUNDEB - T.R.F. (05 + 08 + 11 + 14)	**R$ 22.599.515,31**	
16 - Receitas do FUNDEB - Base para Profissionais da Educação (15 - 14)	**R$ 22.194.865,93**	
FUNDEB - DESPESAS DO EXERCÍCIO		
17 - Despesas com Profissionais da Educação Básica - Min. 70% (Desconsiderado gasto com Compl. da União VAAR - Art. 212-A, XI da CF.)	R$ 20.725.687,27	
18 - Ajustes da Fiscalização (70%) (+/-)	R$ -	
19 - Despesas Líquidas - Profissionais da Educação Básica - Mínimo 70% (17 + 18) e (19/16)	**R$ 20.725.687,27**	**93,38%**
20 - Despesas Profissionais da Educação Básica com a Complementação. VAAR	R$ -	
21 - Ajustes da Fiscalização (+/-)	R$ -	
22 - Despesas Líquidas - Profissionais Educ. Básica com Compl. VAAR (20 + 21)	**R$ -**	
23 - Demais Despesas	R$ 1.873.828,04	
24 - Ajustes da Fiscalização (+/-)		
25 - Total das Demais Despesas Líquidas no exercício (23 + 24)	**R$ 1.873.828,04**	
26 - FUNDEB aplicado no exercício em exame - min. 90% (19+22+25) e (26/15	**R$ 22.599.515,31**	**100,00%**
27 - FUNDEB recebido e não aplicado no exercício - até 10% (15-26) e (27/15)	**R$ -**	
28 - Despesas de Capital com a Complementação da União VAAT(mínimo 15%)	R$ -	
29 - Ajustes da Fiscalização - Despesas de Capital Compl. VAAT (+/-)	R$ -	
30 - Despesas de Capital Líquidas Compl. VAAT - Min. 15% (28 + 29) e (30/11)	**R$ -**	
31 - Despesas com a Compl. União VAAT na Educação Infantil	R$ -	
32 - Ajustes da Fiscalização (+/-)		
33 - Despesas líquidas VAAT-Educ. Infantil - min. conforme IEI (31 + 32) e (33/11)	**R$ -**	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Conforme apurado pela Fiscalização, o Município aplicou 32,46% na manutenção e desenvolvimento do ensino, cumprindo o artigo 212 da CF.

Houve utilização de todo o Fundeb recebido, inclusive pagamentos dos Restos a Pagar, cumprindo o Município o artigo 25 da Lei nº 14.113, de 25 de dezembro de 2020.

Ao final do exercício não havia na conta vinculada do Fundeb, saldo financeiro suficiente para quitação de restos a pagar do exercício, entretanto apuramos que os restos a pagar no valor de R$ 17.540,60 foram pagos em 26/01/2024 (Doc. 54, deste evento).

Demais disso, verificamos que relativamente ao Fundeb, empregou o Município 93,38% na remuneração dos profissionais da educação básica em efetivo exercício, dando cumprimento ao artigo 212-A, XI, da CF e ao artigo 26 da Lei nº 14.113/2020.

A rede municipal não recebeu recursos da complementação VAAT no exercício em exame.

D.1.1. NÃO ATENDIMENTO AO ARTIGO 212 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL NOS EXERCÍCIOS DE 2020 E 2021

Registramos que nos exercícios de 2020 e 2021 o Município aplicou o percentual mínimo para cumprimento do artigo 212 da CF, não estando sujeito aos ditames da Emenda Constitucional nº 119, de 27 de abril de 2022.

D.1.2. DEMAIS APURAÇÕES SOBRE O FUNDEB

Verificações		
01	As despesas do Fundeb foram executadas exclusivamente na conta bancária vinculada (Banco do Brasil S.A. ou Caixa Econômica Federal), sem transferências para outras contas, **exceto** para contas abertas em instituições financeiras com contratos para gestão da folha de pagamento de servidores, nos termos do artigo 21 e §9º da Lei nº 14.113/2020?	Sim
02	A conta corrente única e específica vinculada ao Fundeb é de **titularidade do órgão responsável pela educação**, nos termos do artigo 69, § 5º, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, c/c artigo 21, § 7º, da Lei nº 14.113/2020?	Sim
03	As despesas do Fundeb estão identificadas no Audesp de acordo com os códigos de aplicação dos recursos Fundeb Impostos, VAAT, VAAR, bem como da parcela diferida para o exercício sob análise?	Sim
04	O Município disponibilizou as informações e os dados contábeis, orçamentários e fiscais, nos termos do artigo 163-A da CF e do artigo 38 da Lei nº 14.113/2020, habilitando-se a receber a complementação VAAT?	**Não**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Verificações		
05	O Município atendeu às condicionalidades legais, em face do artigo 14 da Lei nº 14.113/2020, habilitando-se a receber a complementação VAAR?	**Não**
06	Houve implementação do serviço de psicologia educacional e de serviço social na rede pública escolar compondo equipes multiprofissionais, nos termos da Lei nº 13.935, de 11 de dezembro de 2019?	Sim
07	As despesas decorrentes do serviço de psicologia educacional e de serviço social na rede pública escolar foram custeadas com recursos do Fundeb 70%?	Sim

A rede municipal não se habilitou, no exercício em exame, à Complementação da União VAAT e VAAR, tendo em vista o não atendimento às seguintes condicionalidades (Doc. 55 e 56, deste evento):

VAAT: Não transmitiu ao SIOPE os dados do ano de 2022.

VAAR: Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020 - Não comprovou a implementação da gestão democrática, ou seja, a existência de legislação local normatizando o provimento do cargo de gestor escolar por meio de critérios técnicos de mérito e desempenho ou a partir de escolha realizada com a participação da comunidade escolar dentre candidatos aprovados previamente em avaliação de mérito e desempenho, tendo iniciado, no mínimo, processo de seleção, por meio da publicação de edital ou documento equivalente, que configure processo seletivo até 30/09/2023.

D.1.3. DEMAIS INFORMAÇÕES SOBRE O ENSINO

Verificações		
01	A Fiscalização identificou valores despendidos com inativos da educação básica incluídos nos mínimos constitucionais e legais do Ensino?	Não
02	O Município cumpriu o piso nacional do magistério público da educação básica para o exercício em exame (piso nacional foi de R$ 4.420,55 para 2023 – 40 horas semanais), definido com base na Lei nº 11.738, de 16 de julho de 2008?	Sim
03	Sob amostragem, foi constatada adequação do currículo da rede municipal de ensino às proposições da Base Nacional Comum Curricular (BNCC), especialmente face ao previsto no artigo 26-A da Lei nº 9.394/1996, como o ensino da história e cultura afro-brasileira e indígena nos estabelecimentos de ensino fundamental?	Sim
04	Ao final do exercício, as contas bancárias que receberam os repasses decendiais previstos no artigo 69, §5º, da LDB, tinham saldo para cobertura dos valores inscritos em restos a pagar até o limite de 25% da receita de impostos?	Prejudicado

04 - Foi empenhado, liquidado e pago acima de 25% no exercício em exame.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

D.2. APLICAÇÃO POR DETERMINAÇÃO CONSTITUCIONAL E LEGAL NA SAÚDE

Conforme informado ao Sistema Audesp, a aplicação na Saúde atingiu, no período, os seguintes resultados, cumprindo a referida determinação constitucional/legal:

Art. 77, III c/c § 4º do ADCT	R$	%
DESPESA EMPENHADA (mínimo 15%)	R$ 28.043.889,48	26,34%
DESPESA LIQUIDADA (mínimo 15%)	R$ 27.899.179,78	26,21%
DESPESA PAGA (mínimo 15%)	R$ 27.093.697,59	25,45%

Tendo em vista que foi liquidado e pago montante acima de 15% da receita de impostos, atendendo ao piso constitucional, deixamos de efetuar o acompanhamento previsto no artigo 24 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

D.2.1 ANÁLISE DAS DESPESAS DA SAÚDE

Nas verificações empreendidas pela Fiscalização, não foram constatadas irregularidades.

D.2.2. INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A atenção básica em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. É o atendimento inicial, seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade.

Considerando a importância desse nível de assistência em saúde, passamos a analisar o andamento das metas pactuadas pelo Município através da DIRETRIZ Nº 1 de seu Plano Municipal de Saúde (2022-2025) que visa garantir o acesso da população e aperfeiçoar a qualidade das ações e serviços de saúde no âmbito da atenção básica.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Foi elaborado pela Origem planilha (Doc. 57 deste evento) com o comparativo das metas e objetivos bem como os resultados alcançados, considerando o exercício de 2023, sendo que abaixo destacamos os seguintes indicadores:

Descrição da Meta	Meta Prevista	Meta alcançada
	2023	2023
Manter ou ampliar a cobertura de atenção básica municipal.	85%	83,33%
Melhorar o acesso a coleta de exames citopatológicos das mulheres de 25 a 64 anos.	40%	33%
Melhorar o acesso ao exame de mamografia de rastreamento das mulheres de 50 a 69 anos.	50%	25,32%
Ampliar o acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial.	50%	44%
Ampliar o acompanhamento de pacientes com diabetes.	50%	44%

Conforme tabela acima, podemos observar que essas cinco metas pactuadas não foram atingidas no exercício de 2023, apresentando com resultados abaixo dos estipulados.

Diante do exposto, no decorrer dos trabalhos, esta Fiscalização observou falhas que podem contribuir para o não atingimento das metas acima descritas, dentre as quais destacamos:

• Baixo número de Agentes Comunitários de Saúde

Em nossa análise, foi constatado que o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Município não atende às diretrizes do Ministério da Saúde, que é de 1 ACS para cada 750 pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família.

Conforme documento emitido pela Origem (Doc. 58, deste evento) podemos observar que cinco das seis equipes de saúde da família do Município possuem número de ACS menor que o ideal.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Equipe de Saúde da Família	População cadastrada	Número de ACS	População / ACS
ESF Vila Gomes	3.919	4	979,25
ESF Saudade	3.690	4	922,50
ESF Evaristo	3.892	3	1.297,33
ESF Central	4.691	4	1.172,75
ESF Waldir	4.724	8	590,50
ESF Valda	5.391	5	1.078,20

A situação está em desacordo com a diretriz estabelecida pelo Ministério da Saúde através do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017 (Doc. 59, pág. 205, deste evento) que diz “cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas”.

- **População total cadastrada por ESF maior que o recomendado**

Podemos verificar ainda que todas as equipes de saúde da família do Município de Igarapava possuem população total cadastrada maior que o máximo recomendado, uma vez que a Portaria nº 2/2017 do Ministério da Saúde (Doc. 59, pág. 202, deste evento) define o seguinte “População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas”; e todas ESFs possuem mais que 3.500 pessoas cadastradas.

D.2.3. AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAIS

- **Nenhuma Unidade de Saúde Municipal possui AVCB vigente**

Conforme declarado pela Origem (Doc. 60 deste evento) nenhuma das oito Unidades de Saúde Municipais possuí Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) vigente (vide quadro abaixo).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

Unidades de Saúde Municipais	Possuí AVCB vigente
UBS Dr. Aluísio Antônio Maciel Filho / ESF Evaristo Rodrigues Nunes	Não
UBS Dr. Manoel Ribeiro Soares / ESF Waldir Dib Mattar	Não
UBS / ESF Valda Maria dos Santos Souza	Não
UBS Dr. Jamil Jorge Fiod / ESF Vila Gomes	Não
UBS Dr. Oswaldo de Souza Filho / ESF Saudade	Não
UBS Dr. Alcides Antônio Maciel / ESF Central	Não
Centro de Atenção Psicossocial	Não
Centro de Saúde II / Centro de Especialidade	Não

PERSPECTIVA E: TRANSPARÊNCIA PÚBLICA

E.1. A LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO E A LEI DA TRANSPARÊNCIA FISCAL

Face ao previsto na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, sob amostragem, não constatamos ocorrências dignas de nota no período em exame.

E.2. FIDEDIGNIDADE DOS DADOS INFORMADOS AO SISTEMA AUDESP

Como demonstrado nos itens, B.1, C.1.4 e C.1.5.1. deste relatório, foram constatadas divergências/incongruências entre os dados informados pela Origem e aqueles apurados no Sistema Audesp/IEG-M.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

PERSPECTIVA F: OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

F.1. PERSPECTIVAS DE ATINGIMENTO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – ODS

Tendo em vista as análises realizadas, indica-se que o Município poderá não contribuir com o atingimento das seguintes metas propostas pela Agenda 2030 entre países-membros da Organização das Nações Unidas-ONU, estabelecidas por meio Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS (Doc. 61, deste evento):

IEG-M	ODS - METAS
i-Plan.	1, 3, 4, 10 e 13.
i-Fiscal	1 e 10.
i-Educ.	3, 4 e 11.
i-Saúde	-
i-Amb.	11, 12 e 13.
i-Cidade	10, 11 e 13.
i-Gov. TI	-

F.2. ATENDIMENTO À LEI ORGÂNICA, INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES/DETERMINAÇÕES DO TCESP

No decorrer do exercício em análise, não constatamos desatendimento à Lei Orgânica deste Tribunal.

Entretanto a Prefeitura Municipal realizou o envio dos dados, das informações e dos documentos referentes à Gestão Fiscal e à Prestação Anual de Contas fora do prazo estabelecido no Calendário Anual de Obrigações do Sistema AUDESP, contrariando o artigo 55 das Instruções nº 01/2020 do TCESP, situação que persiste no ano de 2024 (Docs. 62 e 63 deste evento).

No que se refere às recomendações/determinações, haja vista os dois últimos exercícios tempestivamente apreciados, face à amostragem, à relevância e à materialidade, assim como a jurisprudência mais recente, verificamos, no exercício em exame:

Exercício	TC	DOE	Data do trânsito em julgado
2019	004759.989.19	02/10/2021	24/11/2021

Recomendações / determinações	Atendida
– Estabeleça limite para a abertura de créditos suplementares, referenciado à inflação esperada para o período.	Não
– Contabilize corretamente as dívidas judiciais e previdenciárias.	Não
– Adote medidas eficazes para melhorar os Índices de Eficiência da Gestão Municipal, considerando, para tanto, os questionários setoriais, as metas previstas no Plano Nacional da Educação e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU.	Não
– Atenda às Instruções e às recomendações deste E. Tribunal.	Não

Exercício	TC	DOE	Data do trânsito em julgado
2018	004418.989.18	02/07/2020	14/08/2020

Recomendações / determinações	Atendida
– Modere o percentual de alterações orçamentárias.	Não
– Solucione as ocorrências relatadas no contexto do i-Fiscal, melhore a recuperação da Dívida Ativa (...).	Não
– Aprimore o desempenho global da gestão e as técnicas de planejamento governamental, (...).	Não
– Corrija desconformidades anotadas pelo i-Educ, traduzindo os recursos públicos investidos em efetiva qualidade dos serviços prestados e equacionando o déficit de vagas em creches.	Não
– Institua providências face às fragilidades do i-Amb, i-Cidade (...).	Não

SÍNTESE DO APURADO

ITENS	
CONTROLE INTERNO	Regular
HOUVE ADESÃO AO PROGRAMA DE TRANSPARÊNCIA FISCAL DA LEI COMPLEMENTAR Nº 178/2021?	Não
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Resultado no exercício (déficit)	- 5,81%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

ITENS	
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Percentual de investimentos	5,48%
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTÁ AMPARADO EM SUPERÁVIT FINANCEIRO ANTERIOR?	Sim
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA FEZ SURGIR DÉFICIT FINANCEIRO?	Não
DÍVIDA DE CURTO PRAZO	Favorável
DÍVIDA DE LONGO PRAZO	Favorável
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento/depósito de precatórios judiciais?	Sim
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento de requisitórios de baixa monta?	Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Geral de Previdência Social (INSS)?	Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Próprio de Previdência Social?	Sim
ENCARGOS – Está cumprindo parcelamentos de débitos de encargos?	Sim
RPPS – Relação da situação do RPPS com as contas do Ente	Desfavorável
TRANSFERÊNCIAS AO LEGISLATIVO - Os repasses atenderam ao limite constitucional?	Sim
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Despesa de pessoal em dezembro do exercício em exame	41,38%
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Atendido o artigo 21, I, da LRF?	Sim
ENSINO - Aplicação na Educação - artigo 212 da Constituição Federal-CF (mínimo 25%)	32,46%
ENSINO - Fundeb[1] aplicado na remuneração dos profissionais da educação básica (mínimo 70%)	93,38%
ENSINO - Recursos do Fundeb aplicados no exercício (mínimo 90%)	100,00%
ENSINO – Fundeb: Se diferida, a parcela residual do montante recebido no exercício examinado (até 10%) foi aplicada até 30/04 do exercício seguinte?	Prejudicado
ENSINO – Fundeb: Complementação União VAAT Despesa Capital (mínimo 15%)	Prejudicado
ENSINO – Fundeb: Complementação União VAAT – Aplicado no mínimo o Indicador para Educação Infantil (IEI)?	Prejudicado
SAÚDE - Aplicação na Saúde (mínimo 15%)	26,34%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

CONCLUSÃO

Observada a instrução constante no artigo 24 da LOTCESP, a Fiscalização, em conclusão a seus trabalhos, aponta as seguintes ocorrências:

A.4. FISCALIZAÇÕES ORDENADAS

- Foram constatadas irregularidades que permaneceram em novas verificações relativas à I Fiscalização Ordenada Nacional 2023 – Escolas; e à IV Fiscalização Ordenada 2023 - Escolas em Tempo Integral.

B.1. PLANEJAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (i-Plan/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Plan demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.

- Os percentuais autorizados nas peças orçamentárias da Origem, para abertura de créditos adicionais suplementares, superaram o patamar de inflação da época, em inobservância ao disposto no item 7 do Comunicado SDG nº 13/2017;

- Foram abertos créditos adicionais suplementares por decreto (18,73%) acima dos próprios limites (10%) definidos nas peças orçamentárias;

- Alto índice de alterações orçamentárias no exercício de 2023 (32,04%), demonstrando a precariedade do planejamento orçamentário, pressuposto para a responsabilidade da gestão fiscal (art. 1º, § 1º, da LRF);

- Grande parte das metas e indicadores do planejamento não possuem utilidade, tendo em vista a ausência de capacidade de suportar decisões seja no nível operacional, tático ou estratégico;

- Parte das metas das ações previstas não possuem validade (capacidade de impactar a realidade mensurada pelo indicador) e não permitem monitorar e avaliar a efetividade das ações desenvolvidas no ciclo das políticas públicas (formulação, execução, monitoramento e avaliação);

- Parte das metas constantes no anexo da LDO não condizem com o informado no relatório de atividades, demonstrando a falta de fidedignidade das informações enviadas ao Sistema Audesp;

- O Município deixou de dar efetivo cumprimento ao artigo 165, §1º, da CF;

- O Munícipio não elaborou o relatório anual de avaliação dos programas finalísticos monitorados do PPA prejudicando o monitoramento, avaliação e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

controle do planejamento municipal.

B.2. ADEQUAÇÃO FISCAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS (i-Fiscal/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Fiscal demonstrou involução, obtendo nota C+ no exercício em exame - em fase de adequação, em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.

- Baixo recebimento da dívida ativa do Município durante o exercício analisado, em relação ao estoque inicial;

- A Prefeitura não implantou o Plano de Cargos e Salários Específico para os Fiscais Tributários, o que compromete a autonomia no desempenho de suas funções, tratada no inciso XVIII, do artigo 37, da Constituição Federal;

- O percentual da despesa corrente do Ente foi de 96,79% em relação a sua receita corrente, superando o limite (95%) do artigo 167-A da Constituição Federal.

B.3. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO ENSINO (i-Educ/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Educ demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas.

- IDEB para os anos iniciais do Ensino Fundamental da rede municipal de ensino abaixo da meta nos últimos dois exercícios avaliados (2021 e 2023), contrariando o estabelecido na meta 7 do seu Plano Municipal de Educação;

- A Prefeitura não realiza o monitoramento da execução e atingimento das metas estabelecidas no Plano Municipal de Educação, em desacordo com o previsto em seu art. 5°;

- Nenhum dos 15 estabelecimentos de ensino da rede pública municipal possuíam Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB vigente no ano de 2023;

- Diversas irregularidades de infraestrutura nas escolas: EMEF Jardel Biguetti Domeneghi e EMEI Maria da Conceição dos santos;

- Constatada demanda não atendida por vagas em creche, totalizando 201 crianças na lista de espera, em prejuízo ao disposto nos arts. 7º, XXV, e 208, IV, da Constituição Federal, arts. 4º, II, e 11, V, da Lei nº 9.394/1996 e art. 54, IV, da Lei nº 8.069/1990 e recomendação deste Tribunal de Contas;

- Obra de creche tipo 2 (Programa Proinfância), com contrato assinado desde 24/06/2022, e que ficou mais de 18 meses sem ser iniciada;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

- Falta de transparência e comunicação entre a Prefeitura e o CACS FUNDEB com emissão de parecer inconclusivo referente a aplicação dos recursos em 2023.

B.5. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS AMBIENTAIS (i-Amb/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Amb demonstrou involução, obtendo nota C no exercício analisado - baixo índice de efetividade, em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas;

- A Prefeitura Municipal não realiza e não regulamentou o sistema de coleta seletiva de resíduos sólidos contrariando o estabelecido no artigo 19, incisos XIV e XV, da Lei Federal nº 12.305, de 2 de agosto de 2010.

B.6. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE INFRAESTRUTURA (i-Cidade/IEG-M)

- A série histórica do IEG-M para a perspectiva i-Cidade demonstrou estagnação em baixo índice de efetividade (C), em descumprimento à recomendação desta Corte de Contas;

- A Prefeitura Municipal não possui Plano de Contingência Municipal de Defesa Civil – PLANCON.

C.1.1. RESULTADO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- O Município procedeu à abertura de créditos adicionais correspondente a 32,04% da Despesa Fixada Inicial;

- Abertura de créditos adicionais suplementares em percentual superior ao permitido nas peças orçamentárias da Origem;

- Esse percentual de alteração ratifica o baixo nível de adequação às dimensões auditadas pelo resultado do I-Plan/IEG-M descrito no item B.1. deste relatório e demonstra a precariedade do planejamento orçamentário, pressuposto para a responsabilidade da gestão fiscal (art. 1º, § 1º, da LRF).

C.1.5.1. PRECATÓRIOS

- O Balanço Patrimonial não registra corretamente a dívida de precatórios da Origem pois foi observado divergência entre o saldo de precatórios em 31/12/2023 constante do mapa encaminhado ao Sistema AUDESP e o valor registrado em seu Balanço Patrimonial;

- O Balanço Patrimonial não registra corretamente os saldos financeiros

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

existentes nas contas bancárias junto ao Tribunal de Justiça, pois não foi realizada as baixas na ocasião dos pagamentos de precatórios realizados pelo DEPRE;

- Tais ocorrências prejudicam a fidedignidade das peças contábeis da Origem e contrariam os princípios da transparência fiscal (artigo 1º, § 1º, da Lei de Responsabilidade Fiscal) e da evidenciação contábil (artigo 85 da Lei nº 4.320, de 1964).

C.1.6. DEPÓSITOS JUDICIAIS E EXTRAJUDICIAIS

- Falhas de contabilização referente aos depósitos judiciais do Fundo garantidor-TJSP, tendo em vista que não foram observadas as orientações previstas na Lei Municipal nº 836/2019, no Item 30 das Instruções de Procedimentos Contábeis nº 15 (IPC 15) da Secretaria do Tesouro Nacional e no Comunicado SDG nº 29/2021, em desobediência aos princípios da transparência fiscal e da evidenciação contábil.

C.1.7.3. REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA

- O Município está em situação irregular perante a Lei Federal nº 9.717/1998, o que constitui óbice à emissão do Certificado de Regularidade Previdenciária pela via convencional, sendo que o último CRP obtido dessa forma expirou em 2014.

C.1.7.3.1. IRREGULARIDADES NO PAGAMENTO DOS APORTES PARA EQUACIONAMENTO DO DÉFICIT ATUARIAL

- Do valor total de R$ 7.233.403,53 devido pela Prefeitura, foi pago apenas R$ 2.480.755,42, restando um saldo devedor de R$ 4.752.648,11 ao final de 2023;

- Ao final do exercício, foi enviado projeto de Lei para parcelamento deste saldo devedor, que não foi aprovado pela Câmara Municipal;

- Dotação final (após cancelamentos de dotações) insuficiente para suportar as despesas com os aportes para amortização do déficit atuarial;

- A falta de regular cumprimento pela Prefeitura das obrigações relacionadas aos aportes devidos ao RPPS vem ocorrendo de forma recorrente e gerando sucessivos parcelamentos, o que aumenta seu endividamento de longo prazo e compromete orçamentos futuros do Município e a preservação do equilíbrio financeiro e atuarial do RPPS, em prejuízo ao art. 40, *caput*, da Constituição Federal, art. 69 da LRF e art. 1º, *caput*, da Lei nº 9.717/1998.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

C.1.7.3.2. DIVERGÊNCIAS NO CONTROLE DA DÍVIDA PREVIDENCIÁRIA ENTRE A PREFEITURA E O RPPS

- O RPPS registrou direitos a receber no valor de R$ 10.125.315,26, referentes a contribuições previdenciárias incidentes sobre parcelas remuneratórias dos benefícios de auxílio-doença não recolhidas nos anos de 2010 a 2018, sendo que a Prefeitura não reconhece em seu balanço patrimonial a existência de tais obrigações, a despeito de recomendação anterior deste Tribunal.

C.2.1 – DA DÍVIDA ATIVA

- Não é realizada no Município a higienização no estoque da dívida ativa, de forma a separar os créditos podres, débitos prescritos, de pequeno valor ou com vícios administrativos;

- Não foram implantadas as seguintes modalidades de cobrança extrajudicial: Protesto extrajudicial da Certidão da Dívida Ativa (CDA); Conciliação extrajudicial; Inclusão do nome do devedor em Cadastro (Ex. Cadastro Informativo Municipal - CADIN); Inclusão do nome do devedor em serviços de proteção ao crédito.

D.1.2. DEMAIS APURAÇÕES SOBRE O FUNDEB

- A rede municipal não se habilitou, no exercício em exame para recebimento em 2024, à Complementação da União VAAT e VAAR, tendo em vista o não atendimento às seguintes condicionalidades:

VAAT: Não transmitiu ao SIOPE os dados do ano de 2022.

VAAR: Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020 em 2023.

D.2.2 INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

- Diversas metas em relação à Atenção Básica, definidas através do Plano Municipal de Saúde (2022-2025) não foram atingidas ao final do exercício de 2023;

- O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não atende à diretriz do Ministério da Saúde em cinco das seis equipes de Saúde da Família do Município, que é de 1 ACS para cada 750 pessoas cadastradas;

- População total cadastrada por ESF maior que o recomendado pelo Ministério da Saúde nas seis equipes de saúde da família do Município, sendo que todas possuem mais de 3.500 pessoas cadastradas e o ideal é de 2.000 a 3.500.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VC-7ES3-7DZL-3USC

D.2.3. AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAIS

- Nenhuma das oito Unidades de Saúde do Município possui Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) vigente.

E.2. FIDEDIGNIDADE DOS DADOS INFORMADOS AO SISTEMA AUDESP

- Divergências entre os dados informados pela Origem e aqueles apurados no Sistema Audesp/IEG-M – itens B.1, C.1.4 e C.1.5.1.

F.1. PERSPECTIVAS DE ATINGIMENTO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – ODS

- Indica-se que o Munícipio poderá não contribuir para o atingimento das seguintes metas propostas pela Agenda 2030 (ODS): 1, 3, 4, 10, 11, 12 e 13.

F.2. ATENDIMENTO À LEI ORGÂNICA, INSTRUÇÕES E RECOMENDAÇÕES/DETERMINAÇÕES DO TCESP

- Envio dos dados, das informações e dos documentos referentes à Gestão Fiscal e à Prestação Anual de Contas fora do prazo estabelecido no Calendário Anual de Obrigações do Sistema AUDESP, contrariando o artigo 55 das Instruções nº 01/2020 do TCESP;

- A Prefeitura descumpriu recomendações desta E. Corte de Contas.

À consideração de Vossa Senhoria.

UR-17, Ituverava, 17 de setembro de 2024.

Manoel Faria da Silva Junior

Auditor de Controle Externo

Contrato	Dívida	Quant.Parc.	Devidas	Pagas
498/2011	17.650.757,63	420	12	11(*)
1828/17	3.211.236,72	200	12	12
1829/17	539.800,88	200	12	12
1830/17	9.868.252,11	200	12	12
423/21	6.662.450,40	48	12	12
042/22	2.427.930,11	36	12	12

(*) No caso do parcelamento do contrato 498/2011, foram efetuados onze pagamentos, tendo em vista que houve equívoco na remessa das guias de recolhimento, equívoco esse que foi detectado na conciliação anual, solicitado do Instituto de Previdência a emissão da guia faltante e efetuado o recolhimento, conforme comprovantes em anexo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-9D28-7C19-568H

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

R Dr Gabriel Vilela, 413
45324290/0001-67

NOTA DE EMPENHO
2515

NOTA DE EMPENHO Nº 2515	FICHA: 147	DATA: 26/02/2024	REQUISIÇÃO Nº:
LICITAÇÃO: DISPENSA		DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 28/02/2024

NOME: INST PREVIDENCIA MUN IGARAPAVA — 10.959.076/0001-00 — CÓDIGO: 5105
ENDEREÇO: Avenida Maciel, 700 — Igarapava

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR TOTAL
Vr.relativo a despesas c/pagamento AMORTIZAÇÃO (INSTITUTO), parcela Nº 136 c/venc: 20/01/2024 c/lei Nº 498/11 de 31/08/2011, termo de acordo de Nº0392/11 APORTE ATUARIAL 01 TESOURO 110 GERAL 000 GERAL	**Desconto** 0
OR - Ordinario — **SOMA**	**42.025,61**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02	EXECUTIVO
02 03 02	Divisão de Recursos Humanos
3.3.91.97.00	APORTE PARA COBERTURA DO DÉFICIT ATUARIAL DO RPPS
04.122.0076.2310.0000	Aporte Periódico RPPS

104
0920
30-4

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTE EMPENHO	SALDO ATUAL
8.700.000,00	290.294,78	42.025,61	8.367.679,61

VALOR A SER PAGO R$ 42.025,61

quarenta e dois mil e vinte e cinco reais e sessenta e um centavos **********

EMPENHO AUTORIZADO EM 26/02/2024

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

DATA

CONTABILIZADO

DATA — HELEM DA SILVA MANOEL, CONTADOR

ORDEM DE PAGAMENTO. PAGUE-SE:

DATA — DR.JOSE R.RODRIGUES MATTAR, ORDENADOR DA DESPESA

DESPESA PAGA EM 28 FEV. 2024

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR
	1034-0		

GESSICA RODRIGUES DA SILVA
TESOUREIRO

RECIBO

RECEBI(EMOS) O VALOR CONSTANTE DESTE EMPENHO.

NOME:
CNPJ/CPF:

Autenticação Mecânica

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-9D28-7C19-568H

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

R Dr Gabriel Vilela, 413
45324290/0001-67

NOTA DE EMPENHO

2516

NOTA DE EMPENHO Nº 2516	FICHA: 85	DATA: 26/02/2024	REQUISIÇÃO Nº:

LICITAÇÃO: DISPENSA	DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 28/02/2024

NOME: INST PREVIDENCIA MUN IGARAPAVA — 10.959.076/0001-00 — CÓDIGO: 5105
ENDEREÇO: Avenida Maciel, 700 — Igarapava

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR TOTAL
Vr.relativo a despesas c/pagamento AMORTIZAÇÃO (JUROS E MULTAS), parcela Nº 136 c/venc: 20/01/2024 c/lei Nº 498/11 de 31/08/2011, termo de acordo de Nº0392/11 APORTE ATUARIAL 01 TESOURO 110 GERAL 000 GERAL	**Desconto** 0
OR - Ordinario — **SOMA**	**61.418,93**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02	EXECUTIVO
02 02 01	Divisão de Contabilidade e Orçamento
3.2.90.21.99	OUTROS JUROS DA DÍVIDA CONTRATADA
28.843.0065.2090.0000	Juros da Dívida Contratada

DOTAÇÃO	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTE EMPENHO	SALDO ATUAL
4.000.000,00	460.890,50	61.418,93	3.477.690,57

VALOR A SER PAGO R$ 61.418,93

sessenta e um mil, quatrocentos e dezoito reais e noventa e três centavos **********

EMPENHO AUTORIZADO EM 26/02/2024

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

DATA

CONTABILIZADO

DATA — HELEM DA SILVA MANOEL, CONTADOR

ORDEM DE PAGAMENTO. PAGUE-SE:

DATA — DR.JOSE R.RODRIGUES MATTAR, ORDENADOR DA DESPESA

DESPESA PAGA EM 28 FEV. 2024

BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR
	1034-0		

GESSICA RODRIGUES DA SILVA
TESOUREIRO

RECIBO

RECEBI(EMOS) O VALOR CONSTANTE DESTE EMPENHO.

NOME:
CNPJ/CPF:

Autenticação Mecânica

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-9D28-7C19-568H

GRPARCEL

Guia de Recolhimento de Parcelamento -RPPS

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

CNPJ:10.959.076/0001-00

Endereço	AVENIDA MACIEL, 700 CEP 14540-000
Telefone	016) 3172-4776

Nome: Prefeitura Municipal de Igarapava

CNPJ: 45.324.290/0001-67

Endereço: Dr Gabriel Vilela,413CEP: 145450-000

Telefone: (016) 3173-8200

Formas de Pagamento: ( ) Transferência Bancária ( )Depósito

RECIBO

Recebemos do ENTE PÚBLICO/PAGADOR acima identificado os pagamentos descritos nesta Guia de Recolhimento,conforme documentos comprobatórios descritos no campo "Forma de Pagamento".

___/___/_____
Data

REGINALDO DE SOUZA
CPF:167.211.938-33

1. Número do Acordo	
2. Rubrica do Acordo	
3. Data da Consolidação do	06/09/2011
4. Data da Assinatura doTermo	06/09/2011
5. Número da Parcela	136
6. Valor da Parcela	R$42.025
7. Atualização Monetária	
8.Juros	R$61.418
9.Multa	
10. Total (6 + 7 + 8 + 9)	R$103.444

Observações

Parcela com vencimento em 21/02/2024.
Cálculos válidos para pagamento até o dia 21/02/2024.

AutenticaçãoMecânica

1ªvia

0392/11

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-9D28-7C19-568H

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/02/2024 - AUTOATENDIMENTO - 11.29.37
0419700419 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: PREFEITURA M DE I - COMU
AGENCIA: 0419-7 CONTA: 101.034-4
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : PREFEITURA M DE I - COMU
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0900-8 - IGARAPAVA
CONTA: 30-4

FAVORECIDO: PREVIGARAPAVA - INSTITUTO DE PREVID
CPF/CNPJ: 10.959.076/0001-00
VALOR: R$ 103.444,54
DEBITO EM: 28/02/2024
==========
DOCUMENTO: 022806
AUTENTICACAO SISBB: 2.985.6A9.60C.A89.0D0

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-9D28-7C19-568H

RELATÓRIO GERENCIAL :: SITUAÇÃO DE ENTREGA

INFORMAÇÕES SOBRE O RELATÓRIO

Data/Hora de Geração do Relatório: 23/08/2024 11:45

Data/Hora da Última Atualização da Situação de Entrega: 23/08/2024 03:28

DADOS INFORMADOS:

Município: Igarapava

Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Período: 1/2024 à 8/2024

Município	Entidade	Tipo de Documento	Referência	Ano	Dt. Prazo de Entrega	Entregue	Entregue no Prazo	Dt. de Entrega	Conselheiro
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	12	2023	29/01/2024	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	1	2024	15/03/2024	Sim	Não	02/04/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	2	2024	01/04/2024	Sim	Não	08/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	3	2024	23/04/2024	Sim	Não	09/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	5	2024	20/06/2024	Sim	Não	17/07/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	6	2024	22/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	7	2024	20/08/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	12	2023	29/01/2024	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	1	2024	15/03/2024	Sim	Não	02/04/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	2	2024	01/04/2024	Sim	Não	08/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	3	2024	23/04/2024	Sim	Não	09/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	5	2024	20/06/2024	Sim	Não	17/07/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	6	2024	22/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	7	2024	20/08/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LDO-LEI-INICIAL	1	2024	05/02/2024	Sim	Não	01/04/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LOA-LEI-INICIAL	1	2024	05/02/2024	Sim	Não	01/04/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LDO-INICIAL-ATA-AUDIENCIA-ELABORACAO	1	2024	01/02/2024	Sim	Não	01/04/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LOA-INICIAL-ATA-AUDIENCIA-ELABORACAO	1	2024	01/02/2024	Sim	Não	01/04/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-AVALIAÇÃO-CUMPRIMENTO-METAS	12	2023	15/03/2024	Sim	Não	25/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-AVALIAÇÃO-CUMPRIMENTO-METAS	4	2024	17/06/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-FUNDEB	12	2023	31/01/2024	Sim	Não	04/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-FUNDEB	3	2024	30/04/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-FUNDEB	6	2024	30/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-SAUDE	12	2023	15/03/2024	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-SAUDE	4	2024	17/06/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-ACOES-SAUDE	12	2023	15/03/2024	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-ACOES-SAUDE	4	2024	17/06/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	12	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	2	2024	01/04/2024	Sim	Não	08/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	4	2024	03/06/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	6	2024	30/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	12	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	2	2024	01/04/2024	Sim	Não	08/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	4	2024	03/06/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	6	2024	30/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	10	2023	30/01/2024	Sim	Não	01/02/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	12	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	2	2024	31/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	4	2024	02/08/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	6	2024	30/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	12	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	2	2024	31/07/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	4	2024	02/08/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	6	2024	30/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	12	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TI-1JH6-73V1-5NX7

Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	2	2024	31/07/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	4	2024	02/08/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	6	2024	30/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	12	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	2	2024	31/07/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	4	2024	02/08/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	6	2024	30/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	12	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	2	2024	31/07/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	4	2024	02/08/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	6	2024	30/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Oper. Crédito X Desp. Capital	1	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Projeção Atuarial do RPPS	1	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Aplic. Recursos de Alienação de Ativos	1	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RGF - Executivo	12	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RGF - Executivo	4	2024	02/08/2024	Sim	Não	20/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Remuneração Cargos e Empregos Públicos	1	2023	01/04/2024	Sim	Não	05/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Aplic. na Manut. e Desenv. do Ensino	3	2024	30/04/2024	Sim	Não	09/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Aplic. na Manut. e Desenv. do Ensino	6	2024	30/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção e	12	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção e	2	2024	01/04/2024	Sim	Não	08/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção e	4	2024	03/06/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção e	6	2024	30/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e	12	2023	01/02/2024	Sim	Não	27/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e	2	2024	01/04/2024	Sim	Não	08/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e	4	2024	03/06/2024	Sim	Não	13/08/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e	6	2024	30/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	SisCAA	12	2023	31/01/2024	Sim	Não	06/02/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-INICIAL	1	2024	05/02/2024	Sim	Não	07/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-ATUALIZADA	12	2023	31/01/2024	Sim	Não	01/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-ATUALIZADA	4	2024	03/06/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-INICIAL	1	2024	05/02/2024	Sim	Não	07/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-ATUALIZADA	12	2023	31/01/2024	Sim	Não	01/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-ATUALIZADA	4	2024	03/06/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-PPA-ATUALIZADO	12	2023	31/01/2024	Sim	Não	01/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-PPA-ATUALIZADO	4	2024	03/06/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Relatório de Atividades	12	2023	05/03/2024	Sim	Não	03/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Relação de Contratos de Concessão e Permissão de Serviço F	12	2023	01/04/2024	Sim	Não	04/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Mapa de Precatórios	12	2023	01/04/2024	Sim	Não	12/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Fixação da Remuneração de Agentes Políticos	12	2023	01/04/2024	Sim	Não	02/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Concessão de Reajuste de Agentes Políticos	12	2023	01/04/2024	Sim	Não	02/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Dados de Balanços Isolados	12	2023	01/04/2024	Sim	Não	05/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Questionário de Serviços de Saneamento Básico	12	2023	01/04/2024	Sim	Não	02/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Questionário de Contratos de Programa	12	2023	01/04/2024	Sim	Não	02/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	11	2023	22/01/2024	Sim	Não	20/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	12	2023	29/02/2024	Sim	Não	01/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	1	2024	27/03/2024	Sim	Não	09/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	2	2024	11/04/2024	Sim	Não	09/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	3	2024	02/05/2024	Sim	Não	16/05/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	4	2024	03/06/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	5	2024	01/07/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	6	2024	01/08/2024	Não			Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	7	2024	30/08/2024				Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	12	2023	10/01/2024	Sim	Não	29/01/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	1	2024	15/02/2024	Sim	Não	01/04/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	2	2024	11/03/2024	Sim	Não	01/04/2024	Dr. Antonio Roque Citadini
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	6	2024	10/07/2024	Sim	Não	19/07/2024	Dr. Antonio Roque Citadini

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TI-1JH6-73V1-5NX7

Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-13-CONTA-CONTÁ	13	2023	19/02/2024	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-13-CONTA-CORRI	13	2023	19/02/2024	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-14-CONTA-CONTÁ	14	2023	29/02/2024	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-14-CONTA-CORRI	14	2023	29/02/2024	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TI-1JH6-73V1-5NX7

RELATÓRIO GERENCIAL :: SITUAÇÃO DE ENTREGA

INFORMAÇÕES SOBRE O RELATÓRIO

Data/Hora de Geração do Relatório: 23/08/2024 11:42

Data/Hora da Última Atualização da Situação de Entrega: 23/08/2024 03:28

DADOS INFORMADOS:

Município: Igarapava

Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Período: 1/2023 à 12/2023

Município	Entidade	Tipo de Documento	Referência	Ano	Dt. Prazo de Entrega	Entregue	Entregue no Prazo	Dt. de Entrega	Conselheiro
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	1	2023	15/03/2023	Sim	Não	11/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	2	2023	27/03/2023	Sim	Não	17/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	3	2023	20/04/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	5	2023	20/06/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	6	2023	20/07/2023	Sim	Não	07/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	7	2023	21/08/2023	Sim	Não	25/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	8	2023	20/09/2023	Sim	Não	18/10/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	9	2023	20/10/2023	Sim	Não	06/11/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	10	2023	21/11/2023	Sim	Não	27/12/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	1	2023	15/03/2023	Sim	Não	11/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	2	2023	27/03/2023	Sim	Não	17/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	3	2023	20/04/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	5	2023	20/06/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	6	2023	20/07/2023	Sim	Não	07/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	7	2023	21/08/2023	Sim	Não	25/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	8	2023	20/09/2023	Sim	Não	18/10/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	9	2023	20/10/2023	Sim	Não	06/11/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	10	2023	21/11/2023	Sim	Não	27/12/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LDO-LEI-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LOA-LEI-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LDO-INICIAL-ATA-AUDIENCIA-ELABORACAO	1	2023	01/02/2023	Sim	Não	07/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LOA-INICIAL-ATA-AUDIENCIA-ELABORACAO	1	2023	01/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-AVALIAÇÃO-CUMPRIMENTO-METAS	4	2023	15/06/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-AVALIAÇÃO-CUMPRIMENTO-METAS	8	2023	16/10/2023	Sim	Não	25/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-FUNDEB	3	2023	02/05/2023	Sim	Não	17/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-FUNDEB	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	04/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-FUNDEB	9	2023	31/10/2023	Sim	Não	04/04/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-SAUDE	4	2023	15/06/2023	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-SAUDE	8	2023	16/10/2023	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-ACOES-SAUDE	4	2023	15/06/2023	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-ACOES-SAUDE	8	2023	16/10/2023	Sim	Não	21/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	16/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	8	2023	02/10/2023	Sim	Não	24/10/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	10	2023	30/11/2023	Sim	Não	09/01/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	16/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	8	2023	02/10/2023	Sim	Não	24/10/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	10	2023	30/11/2023	Sim	Não	09/01/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	2	2023	31/07/2023	Sim	Não	02/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1T5-CRE4-62AY-6G7A

Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	11/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	2	2023	31/07/2023	Sim	Não	02/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	16/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	2	2023	31/07/2023	Sim	Não	02/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	16/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	2	2023	31/07/2023	Sim	Não	02/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	16/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	2	2023	31/07/2023	Sim	Não	02/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	11/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Aplic. na Manut. e Desenv. do Ensino	3	2023	02/05/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Aplic. na Manut. e Desenv. do Ensino	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	11/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Aplic. na Manut. e Desenv. do Ensino	9	2023	31/10/2023	Sim	Não	22/11/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção e	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção e	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	16/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção e	8	2023	02/10/2023	Sim	Não	24/10/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção e	10	2023	30/11/2023	Sim	Não	10/01/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	16/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e	8	2023	02/10/2023	Sim	Não	24/10/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e	10	2023	30/11/2023	Sim	Não	10/01/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-ATUALIZADA	4	2023	31/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-ATUALIZADA	8	2023	02/10/2023	Sim	Não	26/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-ATUALIZADA	4	2023	31/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-ATUALIZADA	8	2023	02/10/2023	Sim	Não	26/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-PPA-ATUALIZADO	4	2023	31/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-PPA-ATUALIZADO	8	2023	02/10/2023	Sim	Não	26/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	1	2023	27/03/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	2	2023	10/04/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	3	2023	02/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	4	2023	01/06/2023	Sim	Não	07/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	5	2023	30/06/2023	Sim	Não	08/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	6	2023	01/08/2023	Sim	Não	11/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	7	2023	31/08/2023	Sim	Não	20/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	8	2023	02/10/2023	Sim	Não	20/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	9	2023	01/11/2023	Sim	Não	20/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	10	2023	01/12/2023	Sim	Não	20/03/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	2	2023	10/03/2023	Sim	Não	18/03/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	3	2023	10/04/2023	Sim	Não	14/04/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	4	2023	10/05/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	5	2023	12/06/2023	Sim	Não	16/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	6	2023	10/07/2023	Sim	Não	01/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	8	2023	11/09/2023	Sim	Não	18/09/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	9	2023	10/10/2023	Sim	Não	20/10/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	10	2023	10/11/2023	Sim	Não	16/11/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	11	2023	11/12/2023	Sim	Não	03/01/2024	Dra. Cristiana de Castro Moraes

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1T5-CRE4-62AY-6G7A

ODS

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são o caminho proposto para a efetivação da Agenda 2030. Com 17 objetivos e 169 metas, os ODS estão fundamentados nos três pilares do desenvolvimento sustentável: crescimento econômico, inclusão social e proteção ao meio ambiente.

O cumprimento desta agenda é tarefa extremamente desafiadora. Abrange questões que vão da erradicação da pobreza ao consumo responsável, passando pela igualdade de gênero, saúde pública, educação, pelo combate às mudanças no clima e o fortalecimento das instituições democráticas.

Para o sucesso de um projeto tão ambicioso, é imprescindível que cada país estabeleça estratégias, políticas, planos e programas consistentes com cada uma das metas e que a evolução do processo de implementação seja regularmente monitorada.

O tempo é curto e o desafio, enorme, já que os ODS devem ser cumpridos até 31 de dezembro de 2030. A hora de nos comprometermos, portanto, é agora.



ODS 1



O ODS 1 trata da pobreza, cuja erradicação é entendida pelo Brasil como ponto central para toda a estratégia de desenvolvimento de sustentável. A meta 1.1, e também mais urgente, é a erradicação da pobreza extrema.

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), fomos um dos países com melhor desempenho nesta meta, na última década: o Brasil reduziu a pobreza extrema a menos de um sétimo do nível de 1990, e a proporção de pessoas vivendo em pobreza extrema passou 25,5% para 3,5%, em 2012

O desafio maior, portanto, é tratar das outras metas, como a 1.2: reduzir à metade, até 2030, a proporção de indivíduos vivendo em situação de pobreza (e não apenas a pobreza extrema).

Para dar conta deste objetivo, o país precisará estabelecer novos marcos políticos para garantir que sistemas de proteção social atinjam os indivíduos pobres e vulneráveis.

Metas:

1.1 - Até 2030, erradicar a pobreza extrema para todas as pessoas em todos os lugares, atualmente medida como pessoas vivendo com menos de US$ 1,25 por dia
1.2 - Até 2030, reduzir pelo menos à metade a proporção de homens, mulheres e crianças, de todas as idades, que vivem na pobreza, em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais
1.3 - Implementar, em nível nacional, medidas e sistemas de proteção social adequados, para todos, incluindo pisos, e até 2030 atingir a cobertura substancial dos pobres e vulneráveis
1.4 - Até 2030, garantir que todos os homens e mulheres, particularmente os pobres e vulneráveis, tenham direitos iguais aos recursos econômicos, bem como o acesso a serviços básicos, propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, herança, recursos naturais, novas tecnologias apropriadas e serviços financeiros, incluindo microfinanças
1.5 - Até 2030, construir a resiliência dos pobres e daqueles em situação de vulnerabilidade, e reduzir a exposição e vulnerabilidade destes a eventos extremos relacionados com o clima e outros choques e desastres econômicos, sociais e ambientais
1.a - Garantir uma mobilização significativa de recursos a partir de uma variedade de fontes, inclusive por meio do reforço da cooperação para o desenvolvimento, para proporcionar meios adequados e previsíveis para que os países em desenvolvimento, em particular os países menos desenvolvidos, implementem programas e políticas para acabar com a pobreza em todas as suas dimensões
1.b - Criar marcos políticos sólidos em níveis nacional, regional e internacional, com base em estratégias de desenvolvimento a favor dos pobres e sensíveis a gênero, para apoiar investimentos acelerados nas ações de erradicação da pobreza

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

ODS 2



A fome é um dos aspectos que podem estar associados à pobreza, como se observa na meta 2.1. Assim, o ODS 2 tem uma característica complementar ao ODS 1.

No entanto, ele traz novas dimensões, voltadas para a saúde (desnutrição de crianças e da população em geral, na meta 2.2), para a produção de alimentos sustentável (por exemplo, nas metas 2.4 e 2.5), e para a economia (metas 2.b e 2.c).

Este ODS ainda depende da formulação de indicadores concretos e objetivos, que passem a ser monitorados para verificar se há avanço na agricultura sustentável, na construção de bancos de genes de plantas e animais e nos esforços para manter a biodiversidade.

Por fim, a ampliação da produtividade e da renda dos pequenos produtores agrícolas, indígenas, pescadores e pastores, com atenção especial às mulheres, é uma meta (2.3) que tem um impacto direto na diminuição da pobreza e na promoção de uma economia mais sustentável.

Metas:

2.1 - Até 2030, acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os pobres e pessoas em situações vulneráveis, incluindo crianças, a alimentos seguros, nutritivos e suficientes durante todo o ano
2.2 - Até 2030, acabar com todas as formas de má-nutrição, incluindo atingir, até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre nanismo e caquexia em crianças menores de cinco anos de idade, e atender às necessidades nutricionais dos adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas
2.3 - Até 2030, dobrar a produtividade agrícola e a renda dos pequenos produtores de alimentos, particularmente das mulheres, povos indígenas, agricultores familiares, pastores e pescadores, inclusive por meio de acesso seguro e igual à terra, outros recursos produtivos e insumos, conhecimento, serviços financeiros, mercados e oportunidades de agregação de valor e de emprego não agrícola
2.4 - Até 2030, garantir sistemas sustentáveis de produção de alimentos e implementar práticas agrícolas resilientes, que aumentem a produtividade e a produção, que ajudem a manter os ecossistemas, que fortaleçam a capacidade de adaptação às mudanças climáticas, às condições meteorológicas extremas, secas, inundações e outros desastres, e que melhorem progressivamente a qualidade da terra e do solo.
2.5 - Até 2020, manter a diversidade genética de sementes, plantas cultivadas, animais de criação e domesticados e suas respectivas espécies selvagens, inclusive por meio de bancos de sementes e plantas diversificados e bem geridos em nível nacional, regional e internacional, e garantir o acesso e a repartição justa e equitativa dos benefícios decorrentes da utilização dos recursos genéticos e conhecimentos tradicionais associados, como acordado internacionalmente
2.a - Aumentar o investimento, inclusive via o reforço da cooperação internacional, em infraestrutura rural, pesquisa e extensão de serviços agrícolas, desenvolvimento de tecnologia, e os bancos de genes de plantas e animais, para aumentar a capacidade de produção agrícola nos países em desenvolvimento, em particular nos países menos desenvolvidos
2.b - Corrigir e prevenir as restrições ao comércio e distorções nos mercados agrícolas mundiais, incluindo a eliminação paralela de todas as formas de subsídios à exportação e todas as medidas de exportação com efeito equivalente, de acordo com o mandato da Rodada de Desenvolvimento de Doha
2.c - Adotar medidas para garantir o funcionamento adequado dos mercados de commodities de alimentos e seus derivados, e facilitar o acesso oportuno à informação de mercado, inclusive sobre as reservas de alimentos, a fim de ajudar a limitar a volatilidade extrema dos preços dos alimentos.

ODS 3



O ODS 3 tem seu foco principal na saúde da população. Por isso, apresenta metas como: a redução drástica da mortalidade materna (3.1), o fim das mortes evitáveis de bebês e crianças (3.2), o combate a doenças como a AIDS, a tuberculose, a malária, a hepatite, entre outras transmissíveis (3.3). Também trata da redução a um terço das mortes prematuras por doenças não transmissíveis (3.4), como hipertensão e diabetes.

Já que os usos de álcool, de tabaco e de entorpecentes são graves problemas de saúde pública, eles também são alvo deste ODS (3.5). Por fim, as mortes em situações de trânsito constituem outra preocupação, expressas na meta 3.6.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

O acesso aos sistemas de saúde e o sistema de prevenção e de proteção do bem estar dos cidadãos são abordados aqui neste ODS (3.7), assim como novos desenvolvimentos de vacinas e pesquisas para a melhoria da saúde no planeta (3.b).

A área de saúde pública conta com indicadores bastante consolidados no mundo, com protagonismo da Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão das Organização das Nações Unidas (ONU).

A coleta e o tratamento de informações sobre saúde pública no Brasil já tem uma série de referências, que se aprimoram a cada ano, e podem ser estudadas por meio do Datasus, o departamento de informática do Sistema Único de Saúde (SUS). Estão disponíveis estatísticas de nascimento, mortalidade, registros de incidência de doenças e até mesmo internações e custos associados.

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), formalizada em 1996 para viabilizar parcerias entre entidades dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção, análise e disseminação de dados de saúde pública, é uma referência na organização de informações úteis à compreensão da realidade sanitária brasileira.

O desafio, portanto, não é exatamente produzir informações e indicadores, mas sim, fazer com que cada município aperfeiçoe seu processo de registro dos dados de saúde, e se aproprie das estatísticas, de forma a promover melhorias substanciais no bem-estar e na prevenção de doenças.

Metas:

3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos
3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos
3.3 - Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis
3.4 - Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar
3.5 - Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool
3.6 - Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas
3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais
3.8 - Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos
3.9 - Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo
3.a - Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado
3.b - Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos
3.c - Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento
3.d - Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde

ODS 4



A educação de qualidade e para todos é foco do ODS 4. Garantir que todos os jovens concluam a educação básica é o que determina a meta 4.1. Mas não basta a conclusão: todo o processo de educação formal deve primar pelo desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos, desde a primeira infância (4.2) até a formação técnica e superior (4.3).

A alfabetização de jovens e adultos (4.6) e sua qualificação para o mundo do trabalho (4.4) são preocupações que complementam este objetivo.

Pressuposto para a educação de qualidade são instalações adequadas para o processo de ensino e aprendizagem e professores com boa formação. Com recursos humanos motivados e capazes, as escolas poderão transmitir aos seus estudantes os princípios de cidadania global, valorização de diversidades e a educação para o desenvolvimento sustentável.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

Metas:

4.1 - Até 2030, garantir que todas as meninas e meninos completem o ensino primário e secundário gratuito, equitativo e de qualidade, que conduza a resultados de aprendizagem relevantes e eficazes
4.2 - Até 2030, garantir que todos as meninas e meninos tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, cuidados e educação pré-escolar, de modo que eles estejam prontos para o ensino primário
4.3 Até 2030, assegurar a igualdade de acesso para todos os homens e mulheres à educação técnica, profissional e superior de qualidade, a preços acessíveis, incluindo universidade
4.4 Até 2030, aumentar substancialmente o número de jovens e adultos que tenham habilidades relevantes, inclusive competências técnicas e profissionais, para emprego, trabalho decente e empreendedorismo
4.5 Até 2030, eliminar as disparidades de gênero na educação e garantir a igualdade de acesso a todos os níveis de educação e formação profissional para os mais vulneráveis, incluindo as pessoas com deficiência, povos indígenas e as crianças em situação de vulnerabilidade
4.6 - Até 2030, garantir que todos os jovens e uma substancial proporção dos adultos, homens e mulheres estejam alfabetizados e tenham adquirido o conhecimento básico de matemática
4.7 - Até 2030, garantir que todos os alunos adquiram conhecimentos e habilidades necessárias para promover o desenvolvimento sustentável, inclusive, entre outros, por meio da educação para o desenvolvimento sustentável e estilos de vida sustentáveis, direitos humanos, igualdade de gênero, promoção de uma cultura de paz e não violência, cidadania global e valorização da diversidade cultural e da contribuição da cultura para o desenvolvimento sustentável
4.a - Construir e melhorar instalações físicas para educação, apropriadas para crianças e sensíveis às deficiências e ao gênero, e que proporcionem ambientes de aprendizagem seguros e não violentos, inclusivos e eficazes para todos
4.b - Até 2020, substancialmente ampliar globalmente o número de bolsas de estudo para os países em desenvolvimento, em particular os países menos desenvolvidos, pequenos Estados insulares em desenvolvimento e os países africanos, para o ensino superior, incluindo programas de formação profissional, de tecnologia da informação e da comunicação, técnicos, de engenharia e programas científicos em países desenvolvidos e outros países em desenvolvimento
4.c - Até 2030, substancialmente aumentar o contingente de professores qualificados, inclusive por meio da cooperação internacional para a formação de professores, nos países em desenvolvimento, especialmente os países menos desenvolvidos e pequenos Estados insulares em desenvolvimento

ODS 5



A igualdade de gênero, com empoderamento de meninas e mulheres é o tema do ODS 5. Esse objetivo pede o fim da discriminação (5.1) e da violência (5.2) contra mulheres e meninas.

Para além da dimensão da cidadania e do direito à vida, a meta trata também de questões econômicas, buscando reformas que levem a direitos iguais à propriedade, controle sobre a terra, recursos financeiros, herança e recursos naturais (5.a).

Como estratégia para conferir mais poder as mulheres, está o uso das novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), sobre o que versa a meta 5.b.

Metas:

5.1 - Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda partes
5.2 - Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos
5.3 - Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças e mutilações genitais femininas
5.4 - Reconhecer e valorizar o trabalho de assistência e doméstico não remunerado, por meio da disponibilização de serviços públicos, infraestrutura e políticas de proteção social, bem como a promoção da responsabilidade compartilhada dentro do lar e da família, conforme os contextos nacionais
5.5 - Garantir a participação plena e efetiva das mulheres e a igualdade de oportunidades para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, econômica e pública
5.6 - Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão
5.a - Realizar reformas para dar às mulheres direitos iguais aos recursos econômicos, bem como o acesso a propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, serviços financeiros, herança e os recursos naturais, de acordo com as leis nacionais

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

5.b - Aumentar o uso de tecnologias de base, em particular as tecnologias de informação e comunicação, para promover o empoderamento das mulheres
5.c - Adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas em todos os níveis

ODS 6



A preocupação com a existência de água potável e segura para todos é o centro desse ODS (6.1 e 6.3). Indissociável desta temática é a oferta de saneamento e higiene (6.2), uma vez que a falta destes pode levar à contaminação do solo, de rios, mares e fontes de fontes de água para abastecimento.

O aspecto social da água, recurso indispensável a vida, é apenas um dos vieses do ODS 6. O uso racional pela indústria e agricultura, aumentando a eficiência, são abordados também (6.4).

Por fim, são necessários marcos institucionais para favorecer a participação social, para controle do uso da água e monitoração da proteção do meio ambiente (6.b).

Metas:

6.1 - Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo a água potável e segura para todos
6.2 - Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade
6.3 - Até 2030, melhorar a qualidade da água, reduzindo a poluição, eliminando despejo e minimizando a liberação de produtos químicos e materiais perigosos, reduzindo à metade a proporção de águas residuais não tratadas e aumentando substancialmente a reciclagem e reutilização segura globalmente
6.4 - Até 2030, aumentar substancialmente a eficiência do uso da água em todos os setores e assegurar retiradas sustentáveis e o abastecimento de água doce para enfrentar a escassez de água, e reduzir substancialmente o número de pessoas que sofrem com a escassez de água
6.5 - Até 2030, implementar a gestão integrada dos recursos hídricos em todos os níveis, inclusive via cooperação transfronteiriça, conforme apropriado
6.6 - Até 2020, proteger e restaurar ecossistemas relacionados com a água, incluindo montanhas, florestas, zonas úmidas, rios, aquíferos e lagos
6.a - Até 2030, ampliar a cooperação internacional e o apoio à capacitação para os países em desenvolvimento em atividades e programas relacionados à água e saneamento, incluindo a coleta de água, a dessalinização, a eficiência no uso da água, o tratamento de efluentes, a reciclagem e as tecnologias de reuso
6.b - Apoiar e fortalecer a participação das comunidades locais, para melhorar a gestão da água e do saneamento

ODS 7



O ODS 7 trata do acesso às diferentes fontes de energia, principalmente às renováveis, eficientes e não poluentes. A preocupação mundial com a energia segura e com a preservação ambiental culminou, em 2002, com a criação da unidade de Energia da Organização das Nações Unidas (ONU) voltada para a temática.

Trata-se de um ODS que interliga diferentes níveis de poder: a energia é fundamental para a vida cotidiana, mas também para a produção industrial global. Com isso, os interessados no assunto são muitos e variados: vão desde as famílias que moram no campo, passando pelos municípios urbanos, chegando a Estados nacionais.

A energia é um campo de disputa internacional, principalmente quanto ao uso de fontes renováveis e não poluentes, que tem reflexo direto na economia.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

Metas:

7.1 - Até 2030, assegurar o acesso universal, confiável, moderno e a preços acessíveis a serviços de energia
7.2 - Até 2030, aumentar substancialmente a participação de energias renováveis na matriz energética global
7.3 - Até 2030, dobrar a taxa global de melhoria da eficiência energética
7.a - Até 2030, reforçar a cooperação internacional para facilitar o acesso a pesquisa e tecnologias de energia limpa, incluindo energias renováveis, eficiência energética e tecnologias de combustíveis fósseis avançadas e mais limpas, e promover o investimento em infraestrutura de energia e em tecnologias de energia limpa
7.b - Até 2030, expandir a infraestrutura e modernizar a tecnologia para o fornecimento de serviços de energia modernos e sustentáveis para todos nos países em desenvolvimento, particularmente nos países menos desenvolvidos, nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento e nos países em desenvolvimento sem litoral, de acordo com seus respectivos programas de apoio

ODS 8



O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 8 é o que tem como centro o mundo do trabalho e do desenvolvimento econômico. Por isso, entre seus detalhamentos, vários tratam da economia internacional, seja por metas de desempenho econômico (8.1), seja por busca de eficiência e produtividade (8.2 e 8.4).

O emprego decente, o empreendedorismo e o valor à criatividade e à inovação são tema do objetivo 8.3, que incentiva a formalização e o crescimento de micro, pequenas e médias empresas.

Uma preocupação especial é com o trabalho para grupos sociais específicos, como as mulheres, pessoas com deficiência e os jovens (8.5, 8.6 e 8.a).

Além disso, a meta propõe o incentivo ao turismo sustentável (8.9), que gera empregos e promove a cultura, e o respeito aos direitos trabalhistas, inclusive de migrantes.

Metas:

8.1 - Sustentar o crescimento econômico per capita de acordo com as circunstâncias nacionais e, em particular, um crescimento anual de pelo menos 7% do produto interno bruto [PIB] nos países menos desenvolvidos
8.2 - Atingir níveis mais elevados de produtividade das economias por meio da diversificação, modernização tecnológica e inovação, inclusive por meio de um foco em setores de alto valor agregado e dos setores intensivos em mão de obra
8.3 - Promover políticas orientadas para o desenvolvimento que apoiem as atividades produtivas, geração de emprego decente, empreendedorismo, criatividade e inovação, e incentivar a formalização e o crescimento das micro, pequenas e médias empresas, inclusive por meio do acesso a serviços financeiros
8.4 - Melhorar progressivamente, até 2030, a eficiência dos recursos globais no consumo e na produção, e empenhar-se para dissociar o crescimento econômico da degradação ambiental, de acordo com o Plano Decenal de Programas sobre Produção e Consumo Sustentáveis, com os países desenvolvidos assumindo a liderança
8.5 - Até 2030, alcançar o emprego pleno e produtivo e trabalho decente todas as mulheres e homens, inclusive para os jovens e as pessoas com deficiência, e remuneração igual para trabalho de igual valor
8.6 - Até 2020, reduzir substancialmente a proporção de jovens sem emprego, educação ou formação
8.7 - Tomar medidas imediatas e eficazes para erradicar o trabalho forçado, acabar com a escravidão moderna e o tráfico de pessoas, e assegurar a proibição e eliminação das piores formas de trabalho infantil, incluindo recrutamento e utilização de crianças-soldado, e até 2025 acabar com o trabalho infantil em todas as suas formas
8.8 - Proteger os direitos trabalhistas e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores migrantes, em particular as mulheres migrantes, e pessoas em empregos precários
8.9 - Até 2030, elaborar e implementar políticas para promover o turismo sustentável, que gera empregos e promove a cultura e os produtos locais
8.10 - Fortalecer a capacidade das instituições financeiras nacionais para incentivar a expansão do acesso aos serviços bancários, de seguros e financeiros para todos
8.a - Aumentar o apoio da Iniciativa de Ajuda para o Comércio [Aid for Trade] para os países em desenvolvimento, particularmente os países menos desenvolvidos, inclusive por meio do Quadro Integrado Reforçado para a Assistência Técnica Relacionada com o Comércio para os países menos desenvolvidos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

8.b - Até 2020, desenvolver e operacionalizar uma estratégia global para o emprego dos jovens e implementar o Pacto Mundial para o Emprego da Organização Internacional do Trabalho [OIT]

ODS 9



Este ODS trata, principalmente, do desenvolvimento da indústria, da inovação e da geração de valor. Para tanto, a infraestrutura é questão básica de suporte.

Aqui, ela deve ser entendida de modo amplo, que vai desde a construção e manutenção de portos, aeroportos, ferrovias, terminais para escoamento da produção, até parques de inovação, passando por atendimento de redes de telecomunicações.

O desenvolvimento tecnológico e a diversificação industrial têm papel central neste objetivo, uma vez que possibilita o ganho de eficiência na produção.

Metas:

9.1 - Desenvolver infraestrutura de qualidade, confiável, sustentável e resiliente, incluindo infraestrutura regional e transfronteiriça, para apoiar o desenvolvimento econômico e o bem-estar humano, com foco no acesso equitativo e a preços acessíveis para todos
9.2 - Promover a industrialização inclusiva e sustentável e, até 2030, aumentar significativamente a participação da indústria no emprego e no produto interno bruto, de acordo com as circunstâncias nacionais, e dobrar sua participação nos países de menor desenvolvimento relativo
9.3 - Aumentar o acesso das pequenas indústrias e outras empresas, particularmente em países em desenvolvimento, aos serviços financeiros, incluindo crédito acessível e propiciar sua integração em cadeias de valor e mercados
9.4 - Até 2030, modernizar a infraestrutura e reabilitar as indústrias para torná-las sustentáveis, com eficiência aumentada no uso de recursos e maior adoção de tecnologias e processos industriais limpos e ambientalmente adequados; com todos os países atuando de acordo com suas respectivas capacidades
9.5 - Fortalecer a pesquisa científica, melhorar as capacidades tecnológicas de setores industriais em todos os países, particularmente nos países em desenvolvimento, inclusive, até 2030, incentivando a inovação e aumentando substancialmente o número de trabalhadores de pesquisa e desenvolvimento por milhão de pessoas e os gastos público e privado em pesquisa e desenvolvimento
9.a - Facilitar o desenvolvimento de infraestrutura sustentável e resiliente em países em desenvolvimento, por meio de maior apoio financeiro, tecnológico e técnico aos países africanos, aos países de menor desenvolvimento relativo, aos países em desenvolvimento sem litoral e aos pequenos Estados insulares em desenvolvimento
9.b - Apoiar o desenvolvimento tecnológico, a pesquisa e a inovação nacionais nos países em desenvolvimento, inclusive garantindo um ambiente político propício para, entre outras coisas, diversificação industrial e agregação de valor às commodities
9.c - Aumentar significativamente o acesso às tecnologias de informação e comunicação e empenhar-se para procurar ao máximo oferecer acesso universal e a preços acessíveis à internet nos países menos desenvolvidos, até 2020

ODS 10



A redução da desigualdade entre e dentro dos países é o tema deste ODS. Para tanto, é necessário assegurar renda às populações mais pobres (10.1), promover a inclusão social e política (10.2) e adotar políticas de proteção salarial (10.4).

Medidas institucionais, como a eliminação de leis discriminatórias e a promoção de leis adequadas (10.3) fazem parte do caminho para a redução das desigualdades.

Por fim, fiscalizar e regular os mercados financeiros, de forma a não concentrarem renda (10.5), e dar tratamento justo a migrantes (10.7) também estão entre as metas deste ODS.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

Metas:

10.1 - Até 2030, progressivamente alcançar e sustentar o crescimento da renda dos 40% da população mais pobre a uma taxa maior que a média nacional
10.2 - Até 2030, empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos, independentemente da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra
10.3 - Garantir a igualdade de oportunidades e reduzir as desigualdades de resultados, inclusive por meio da eliminação de leis, políticas e práticas discriminatórias e da promoção de legislação, políticas e ações adequadas a este respeito
10.4 - Adotar políticas, especialmente fiscal, salarial e de proteção social, e alcançar progressivamente uma maior igualdade
10.5 - Melhorar a regulamentação e monitoramento dos mercados e instituições financeiras globais e fortalecer a implementação de tais regulamentações
10.6 - Assegurar uma representação e voz mais forte dos países em desenvolvimento em tomadas de decisão nas instituições econômicas e financeiras internacionais globais, a fim de produzir instituições mais eficazes, críveis, responsáveis e legítimas
10.7 - Facilitar a migração e a mobilidade ordenada, segura, regular e responsável das pessoas, inclusive por meio da implementação de políticas de migração planejadas e bem geridas
10.a - Implementar o princípio do tratamento especial e diferenciado para países em desenvolvimento, em particular os países menos desenvolvidos, em conformidade com os acordos da OMC
10.b - Incentivar a assistência oficial ao desenvolvimento e fluxos financeiros, incluindo o investimento externo direto, para os Estados onde a necessidade é maior, em particular os países menos desenvolvidos, os países africanos, os pequenos Estados insulares em desenvolvimento e os países em desenvolvimento sem litoral, de acordo com seus planos e programas nacionais
10.c - Até 2030, reduzir para menos de 3% os custos de transação de remessas dos migrantes e eliminar os corredores de remessas com custos superiores a 5%

ODS 11



Cidades mais inclusivas, seguras, sustentáveis e resilientes a desastres ou a eventos incomuns são as metas deste objetivo, conhecido como ODS das cidades. Por isso, um primeiro ponto é a urbanização de favelas (11.1).

Como a mobilidade urbana é fundamental para que o indivíduo exerça sua cidadania, a melhoria da oferta de serviços de transporte, com atendimento para todos os tipos de grupos, incluindo os em vulnerabilidade, mulheres, pessoas com deficiência e idosos, é foco da meta 11.2.

A preservação da cultura (11.4), o fortalecimento dos espaços de participação (11.3), a redução do número de mortes, de pessoas afetadas por catástrofes e de prejuízos (11.5) e a redução dos impactos ambientais pela vida e produção econômica nas cidades complementam as metas deste ODS.

Metas:

11.1 - Até 2030, garantir o acesso de todos à habitação segura, adequada e a preço acessível, e aos serviços básicos e urbanizar as favelas
11.2 - Até 2030, proporcionar o acesso a sistemas de transporte seguros, acessíveis, sustentáveis e a preço acessível para todos, melhorando a segurança rodoviária por meio da expansão dos transportes públicos, com especial atenção para as necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade, mulheres, crianças, pessoas com deficiência e idosos
11.3 - Até 2030, aumentar a urbanização inclusiva e sustentável, e as capacidades para o planejamento e gestão de assentamentos humanos participativos, integrados e sustentáveis, em todos os países
11.4 - Fortalecer esforços para proteger e salvaguardar o patrimônio cultural e natural do mundo
11.5 - Até 2030, reduzir significativamente o número de mortes e o número de pessoas afetadas por catástrofes e substancialmente diminuir as perdas econômicas diretas causadas por elas em relação ao produto interno bruto global, incluindo os desastres relacionados à água, com o foco em proteger os pobres e as pessoas em situação de vulnerabilidade
11.6 - Até 2030, reduzir o impacto ambiental negativo per capita das cidades, inclusive prestando especial atenção à qualidade do ar, gestão de resíduos municipais e outros
11.7 - Até 2030, proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, particularmente para as mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência
11.a - Apoiar relações econômicas, sociais e ambientais positivas entre áreas urbanas, peri-urbanas e rurais, reforçando o planejamento nacional e regional de desenvolvimento

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

11.b - Até 2020, aumentar substancialmente o número de cidades e assentamentos humanos adotando e implementando políticas e planos integrados para a inclusão, a eficiência dos recursos, mitigação e adaptação às mudanças climáticas, a resiliência a desastres; e desenvolver e implementar, de acordo com o Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015-2030, o gerenciamento holístico do risco de desastres em todos os níveis
11.c - Apoiar os países menos desenvolvidos, inclusive por meio de assistência técnica e financeira, para construções sustentáveis e resilientes, utilizando materiais locais

ODS 12



O ODS 12 aborda a produção e o consumo sustentáveis, com foco em ações globais (12.1) e locais, como alcançar o uso eficiente de recursos naturais (12.2), reduzir o desperdício de alimentos (12.3), manejar resíduos químicos de maneira responsável (12.4).

Neste objetivo, também estão incluídos o cuidado com resíduos sólidos (12.5), a diminuição da emissão de poluentes (12.4).

São levantadas possibilidades de práticas para empresas e também para a gestão do Estado, por meio da realização de compras públicas sustentáveis.

Metas:

12.1 - Implementar o Plano Decenal de Programas sobre Produção e Consumo Sustentáveis, com todos os países tomando medidas, e os países desenvolvidos assumindo a liderança, tendo em conta o desenvolvimento e as capacidades dos países em desenvolvimento
12.2 - Até 2030, alcançar a gestão sustentável e o uso eficiente dos recursos naturais
12.3 - Até 2030, reduzir pela metade o desperdício de alimentos per capita mundial, nos níveis de varejo e do consumidor, e reduzir as perdas de alimentos ao longo das cadeias de produção e abastecimento, incluindo as perdas pós-colheita
12.4 - Até 2020, alcançar o manejo ambientalmente saudável dos produtos químicos e todos os resíduos, ao longo de todo o ciclo de vida destes, de acordo com os marcos internacionais acordados, e reduzir significativamente a liberação destes para o ar, água e solo, para minimizar seus impactos negativos sobre a saúde humana e o meio ambiente
12.5 - Até 2030, reduzir substancialmente a geração de resíduos por meio da prevenção, redução, reciclagem e reuso
12.6 - Incentivar as empresas, especialmente as empresas grandes e transnacionais, a adotar práticas sustentáveis e a integrar informações de sustentabilidade em seu ciclo de relatórios
12.7 - Promover práticas de compras públicas sustentáveis, de acordo com as políticas e prioridades nacionais
12.8 - Até 2030, garantir que as pessoas, em todos os lugares, tenham informação relevante e conscientização para o desenvolvimento sustentável e estilos de vida em harmonia com a natureza
12.a - Apoiar países em desenvolvimento a fortalecer suas capacidades científicas e tecnológicas para mudar para padrões mais sustentáveis de produção e consumo
12.b - Desenvolver e implementar ferramentas para monitorar os impactos do desenvolvimento sustentável para o turismo sustentável, que gera empregos, promove a cultura e os produtos locais
12.c - Racionalizar subsídios ineficientes aos combustíveis fósseis, que encorajam o consumo exagerado, eliminando as distorções de mercado, de acordo com as circunstâncias nacionais, inclusive por meio da reestruturação fiscal e a eliminação gradual desses subsídios prejudiciais, caso existam, para refletir os seus impactos ambientais, tendo plenamente em conta as necessidades específicas e condições dos países em desenvolvimento e minimizando os possíveis impactos adversos sobre o seu desenvolvimento de uma forma que proteja os pobres e as comunidades afetadas

ODS 13



CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

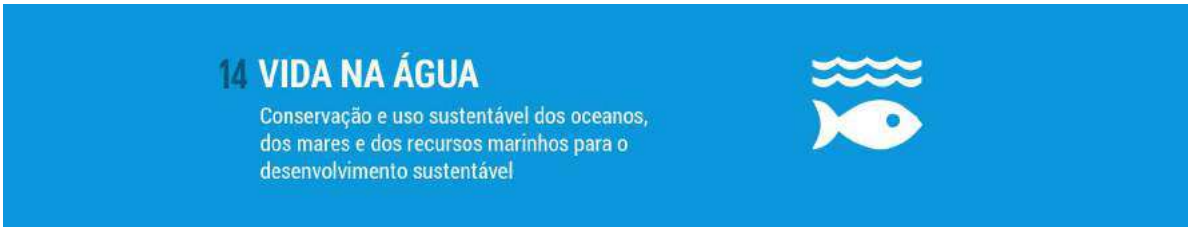
Assim como o ODS 11, este objetivo confere importância à resiliência e a capacidade de adaptação dos agrupamentos humanos frente aos riscos associados ao clima e às catástrofes naturais (13.1).

No entanto, o foco central é combater a mudança climática e seus impactos. Trata-se de meta que exigirá investimentos em conscientização, sensibilização, formação e educação (13.3).

Metas:

13.1 - Reforçar a resiliência e a capacidade de adaptação a riscos relacionados ao clima e às catástrofes naturais em todos os países
13.2 - Integrar medidas da mudança do clima nas políticas, estratégias e planejamentos nacionais
13.3 - Melhorar a educação, aumentar a conscientização e a capacidade humana e institucional sobre mitigação, adaptação, redução de impacto e alerta precoce da mudança do clima
13.a - Implementar o compromisso assumido pelos países desenvolvidos partes da Convenção Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima [UNFCCC] para a meta de mobilizar conjuntamente US$ 100 bilhões por ano a partir de 2020, de todas as fontes, para atender às necessidades dos países em desenvolvimento, no contexto das ações de mitigação significativas e transparência na implementação; e operacionalizar plenamente o Fundo Verde para o Clima por meio de sua capitalização o mais cedo possível
13.b - Promover mecanismos para a criação de capacidades para o planejamento relacionado à mudança do clima e à gestão eficaz, nos países menos desenvolvidos, inclusive com foco em mulheres, jovens, comunidades locais e marginalizadas

ODS 14



A conservação dos recursos marinhos é tema deste ODS. Uma preocupação importante é com a redução da poluição (14.1), enfrentando, por exemplo, a acidificação dos mares (14.3).

A pesca, de acordo com a meta 14.4, deve ser regulada, a fim de restaurar populações de peixes, para que haja um rendimento máximo e sustentável. Neste sentido, devem ser preservados também o acesso ao mar, aos recursos naturais e aos mercados ao pescador artesanal (14.b).

Metas:

14.1 - Até 2025, prevenir e reduzir significativamente a poluição marinha de todos os tipos, especialmente a advinda de atividades terrestres, incluindo detritos marinhos e a poluição por nutrientes
14.2 - Até 2020, gerir de forma sustentável e proteger os ecossistemas marinhos e costeiros para evitar impactos adversos significativos, inclusive por meio do reforço da sua capacidade de resiliência, e tomar medidas para a sua restauração, a fim de assegurar oceanos saudáveis e produtivos
14.3 - Minimizar e enfrentar os impactos da acidificação dos oceanos, inclusive por meio do reforço da cooperação científica em todos os níveis
14.4 - Até 2020, efetivamente regular a coleta, e acabar com a sobrepesca, ilegal, não reportada e não regulamentada e as práticas de pesca destrutivas, e implementar planos de gestão com base científica, para restaurar populações de peixes no menor tempo possível, pelo menos a níveis que possam produzir rendimento máximo sustentável, como determinado por suas características biológicas
14.5 - Até 2020, conservar pelo menos 10% das zonas costeiras e marinhas, de acordo com a legislação nacional e internacional, e com base na melhor informação científica disponível
14.6 - Até 2020, proibir certas formas de subsídios à pesca, que contribuem para a sobrecapacidade e a sobrepesca, e eliminar os subsídios que contribuam para a pesca ilegal, não reportada e não regulamentada, e abster-se de introduzir novos subsídios como estes, reconhecendo que o tratamento especial e diferenciado adequado e eficaz para os países em desenvolvimento e os países menos desenvolvidos deve ser parte integrante da negociação sobre subsídios à pesca da Organização Mundial do Comércio
14.7 - Até 2030, aumentar os benefícios econômicos para os pequenos Estados insulares em desenvolvimento e os países menos desenvolvidos, a partir do uso sustentável dos recursos marinhos, inclusive por meio de uma gestão sustentável da pesca, aquicultura e turismo
14.a - Aumentar o conhecimento científico, desenvolver capacidades de pesquisa e transferir tecnologia marinha, tendo em conta os critérios e orientações sobre a Transferência de Tecnologia Marinha da Comissão Oceanográfica Intergovernamental, a fim de melhorar a saúde dos oceanos e aumentar a contribuição da biodiversidade marinha para o desenvolvimento dos países em desenvolvimento, em particular os pequenos Estados insulares em desenvolvimento e os países menos desenvolvidos
14.b - Proporcionar o acesso dos pescadores artesanais de pequena escala aos recursos marinhos e mercados
14.c - Assegurar a conservação e o uso sustentável dos oceanos e seus recursos pela implementação do direito internacional, como refletido na UNCLOS [Convenção das Nações Unidas sobre o Direito do Mar], que provê o arcabouço legal para a conservação e utilização sustentável dos oceanos e dos seus recursos, conforme registrado no parágrafo 158 do "Futuro Que Queremos"

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

ODS 15



A preservação dos ecossistemas terrestres, das florestas e da biodiversidade são o tema deste ODS. A preocupação não se dá só com a preservação e/ou conservação do que já existe, mas também com a reversão de danos já causados ao ambiente.

Deter o desmatamento é uma das metas desse ODS (15.2), com a qual o Brasil tem muito a se envolver, dadas a Mata Atlântica e Floresta Amazônica, por exemplo. Quando áreas são desmatadas, em geral, passa a haver processos de desertificação, que devem ser combatidos (15.3).

A preservação da biodiversidade e de espécies ameaçadas, por sua vez, são alvo do objetivo 15.5. Há também uma meta específica para acabar com a caça ilegal e com o tráfico de espécies da fauna e da flora (15.7).

Os valores dos ecossistemas e da biodiversidade, conforme a meta 15.9, devem ser integrados aos processos de desenvolvimento e de redução da pobreza (15.9).

Metas:

15.1 - Até 2020, assegurar a conservação, recuperação e uso sustentável de ecossistemas terrestres e de água doce interiores e seus serviços, em especial florestas, zonas úmidas, montanhas e terras áridas, em conformidade com as obrigações decorrentes dos acordos internacionais
15.2 - Até 2020, promover a implementação da gestão sustentável de todos os tipos de florestas, deter o desmatamento, restaurar florestas degradadas e aumentar substancialmente o florestamento e o reflorestamento globalmente
15.3 - Até 2030, combater a desertificação, restaurar a terra e o solo degradado, incluindo terrenos afetados pela desertificação, secas e inundações, e lutar para alcançar um mundo neutro em termos de degradação do solo
15.4 - Até 2030, assegurar a conservação dos ecossistemas de montanha, incluindo a sua biodiversidade, para melhorar a sua capacidade de proporcionar benefícios que são essenciais para o desenvolvimento sustentável
15.5 - Tomar medidas urgentes e significativas para reduzir a degradação de habitat naturais, deter a perda de biodiversidade e, até 2020, proteger e evitar a extinção de espécies ameaçadas
15.6 - Garantir uma repartição justa e equitativa dos benefícios derivados da utilização dos recursos genéticos e promover o acesso adequado aos recursos genéticos
15.7 - Tomar medidas urgentes para acabar com a caça ilegal e o tráfico de espécies da flora e fauna protegidas e abordar tanto a demanda quanto a oferta de produtos ilegais da vida selvagem
15.8 - Até 2020, implementar medidas para evitar a introdução e reduzir significativamente o impacto de espécies exóticas invasoras em ecossistemas terrestres e aquáticos, e controlar ou erradicar as espécies prioritárias
15.9 - Até 2020, integrar os valores dos ecossistemas e da biodiversidade ao planejamento nacional e local, nos processos de desenvolvimento, nas estratégias de redução da pobreza e nos sistemas de contas
15.a - Mobilizar e aumentar significativamente, a partir de todas as fontes, os recursos financeiros para a conservação e o uso sustentável da biodiversidade e dos ecossistemas
15.b - Mobilizar recursos significativos de todas as fontes e em todos os níveis para financiar o manejo florestal sustentável e proporcionar incentivos adequados aos países em desenvolvimento para promover o manejo florestal sustentável, inclusive para a conservação e o reflorestamento
15.c - Reforçar o apoio global para os esforços de combate à caça ilegal e ao tráfico de espécies protegidas, inclusive por meio do aumento da capacidade das comunidades locais para buscar oportunidades de subsistência sustentável

ODS 16



CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

O acesso à Justiça, a segurança pública e a promoção de uma sociedade mais pacífica são o tema do ODS 16. Por isso, neste objetivo, entram metas associadas à redução de mortes por violência (16.1), tráfico e tortura contra crianças (16.2) e à promoção de um Estado de Direito em que todos tenham direito a se defender (16.3).

Crimes internacionais, como o tráfico de armas (16.4) também são abordados. O fenômeno global da corrupção, por sua vez, é alvo da meta 16.5.

A participação social nas instituições de poder (16.8), amparada por acesso público à informação (16.10), traz a dimensão da representação e da governança neste ODS.

Metas:

16.1 - Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares
16.2 - Acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças
16.3 - Promover o Estado de Direito, em nível nacional e internacional, e garantir a igualdade de acesso à justiça para todos
16.4 - Até 2030, reduzir significativamente os fluxos financeiros e de armas ilegais, reforçar a recuperação e devolução de recursos roubados e combater todas as formas de crime organizado
16.5 - Reduzir substancialmente a corrupção e o suborno em todas as suas formas
16.6 - Desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis
16.7 - Garantir a tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis
16.8 - Ampliar e fortalecer a participação dos países em desenvolvimento nas instituições de governança global
16.9 - Até 2030, fornecer identidade legal para todos, incluindo o registro de nascimento
16.10 - Assegurar o acesso público à informação e proteger as liberdades fundamentais, em conformidade com a legislação nacional e os acordos internacionais
16.a - Fortalecer as instituições nacionais relevantes, inclusive por meio da cooperação internacional, para a construção de capacidades em todos os níveis, em particular nos países em desenvolvimento, para a prevenção da violência e o combate ao terrorismo e ao crime
16.b - Promover e fazer cumprir leis e políticas não discriminatórias para o desenvolvimento sustentável

ODS 17



O ODS 17 é o que tem mais metas e aborda diferentes frentes associadas ao desenvolvimento sustentável. Há objetivos para finanças, tecnologia, capacitação, comércio, coerência de políticas e de instituições, parcerias multissetoriais, dados, monitoramento e prestação de contas.

Trata-se de um objetivo mais voltado para a ação internacional de auxílio a países em desenvolvimento, ampliando as possibilidades de investimento, transferência tecnológica, comércio multilateral. Mas também dá conta dos meios de implementação (assistência técnica, recursos financeiros, descentralização de conhecimentos e fortalecimento de capacidades institucionais) para o conjunto dos ODS.

Busca-se ainda aumentar a estabilidade macroeconômica global, a partir da coordenação de políticas (17.13).

Por fim, argumenta-se a necessidade de ampliar a disponibilidade de informações desagregadas por renda, gênero, idade, raça, etnia, status migratório, deficiência, localização geográfica (17.18), para monitorar e planejar ações para a concretização dos ODS.

Metas:

17.1 - Fortalecer a mobilização de recursos internos, inclusive por meio do apoio internacional aos países em desenvolvimento, para melhorar a capacidade nacional para arrecadação de impostos e outras receitas
17.2 - Países desenvolvidos implementarem plenamente os seus compromissos em matéria de assistência oficial ao desenvolvimento [AOD], inclusive fornecer 0,7% da renda nacional bruta [RNB] em AOD aos países em desenvolvimento, dos quais 0,15% a 0,20% para os países menos desenvolvidos; provedores de AOD são encorajados a considerar a definir uma meta para fornecer pelo menos 0,20% da renda nacional bruta em AOD para os países menos desenvolvidos (NÃO SE APLICA AO BRASIL)
17.3 - Mobilizar recursos financeiros adicionais para os países em desenvolvimento a partir de múltiplas fontes
17.4 - Ajudar os países em desenvolvimento a alcançar a sustentabilidade da dívida de longo prazo por meio de políticas coordenadas destinadas a promover o financiamento, a redução e a reestruturação da dívida, conforme apropriado, e tratar da dívida externa dos países pobres altamente endividados para reduzir o superendividamento

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

17.5 - Adotar e implementar regimes de promoção de investimentos para os países menos desenvolvidos
17.6 - Melhorar a cooperação Norte-Sul, Sul-Sul e triangular regional e internacional e o acesso à ciência, tecnologia e inovação, e aumentar o compartilhamento de conhecimentos em termos mutuamente acordados, inclusive por meio de uma melhor coordenação entre os mecanismos existentes, particularmente no nível das Nações Unidas, e por meio de um mecanismo de facilitação de tecnologia global
17.7 - Promover o desenvolvimento, a transferência, a disseminação e a difusão de tecnologias ambientalmente corretas para os países em desenvolvimento, em condições favoráveis, inclusive em condições concessionais e preferenciais, conforme mutuamente acordado
17.8 - Operacionalizar plenamente o Banco de Tecnologia e o mecanismo de capacitação em ciência, tecnologia e inovação para os países menos desenvolvidos até 2017, e aumentar o uso de tecnologias de capacitação, em particular das tecnologias de informação e comunicação
17.9 - Reforçar o apoio internacional para a implementação eficaz e orientada da capacitação em países em desenvolvimento, a fim de apoiar os planos nacionais para implementar todos os objetivos de desenvolvimento sustentável, inclusive por meio da cooperação Norte-Sul, Sul-Sul e triangular
17.10 - Promover um sistema multilateral de comércio universal, baseado em regras, aberto, não discriminatório e equitativo no âmbito da Organização Mundial do Comércio, inclusive por meio da conclusão das negociações no âmbito de sua Agenda de Desenvolvimento de Doha
17.11 - Aumentar significativamente as exportações dos países em desenvolvimento, em particular com o objetivo de duplicar a participação dos países menos desenvolvidos nas exportações globais até 2020
17.12 - Concretizar a implementação oportuna de acesso a mercados livres de cotas e taxas, de forma duradoura, para todos os países menos desenvolvidos, de acordo com as decisões da OMC, inclusive por meio de garantias de que as regras de origem preferenciais aplicáveis às importações provenientes de países menos desenvolvidos sejam transparentes e simples, e contribuam para facilitar o acesso ao mercado
17.13 - Aumentar a estabilidade macroeconômica global, inclusive por meio da coordenação e da coerência de políticas
17.14 - Aumentar a coerência das políticas para o desenvolvimento sustentável
17.15 - Respeitar o espaço político e a liderança de cada país para estabelecer e implementar políticas para a erradicação da pobreza e o desenvolvimento sustentável
17.16 - Reforçar a parceria global para o desenvolvimento sustentável, complementada por parcerias multissetoriais que mobilizem e compartilhem conhecimento, expertise, tecnologia e recursos financeiros, para apoiar a realização dos objetivos do desenvolvimento sustentável em todos os países, particularmente nos países em desenvolvimento
17.17 - Incentivar e promover parcerias públicas, público-privadas e com a sociedade civil eficazes, a partir da experiência das estratégias de mobilização de recursos dessas parcerias
17.18 - Até 2020, reforçar o apoio à capacitação para os países em desenvolvimento, inclusive para os países menos desenvolvidos e pequenos Estados insulares em desenvolvimento, para aumentar significativamente a disponibilidade de dados de alta qualidade, atuais e confiáveis, desagregados por renda, gênero, idade, raça, etnia, status migratório, deficiência, localização geográfica e outras características relevantes em contextos nacionais
17.19 - Até 2030, valer-se de iniciativas existentes para desenvolver medidas do progresso do desenvolvimento sustentável que complementem o produto interno bruto [PIB] e apoiem a capacitação estatística nos países em desenvolvimento

Av. Rangel Pestana, 315 - Centro
São Paulo/SP
CEP 01017-906 - PABX: 3292-3266

PNUD Brasil (http://www.br.undp.org/)

Portal ODS IBGE (https://indicadoresods.ibge.gov.br/)

ODS Datapedia (https://ods.datapedia.info/)

ODS Brasil (Secretaria de Governo da Presidência da República) (http://www4.planalto.gov.br/ods)

Organização das Entidades de Fiscalização Superiores e os ODS (http://www.intosai.org/es/acerca-de-nosotros/ods-efs-y-regiones.html)

Sustainable Development Goals UM (https://sustainabledevelopment.un.org/)

Fundação SEADE (http://www.seade.gov.br/)

Instituto Rui Barbosa (https://irbcontas.org.br/)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U1-ATVA-7XZA-61M4

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA
RUA SÃO SALVADOR, 70
Email:igarapavasaude@gmail.com

CNES	NOME DA UNIDADE	RESPONSÁVEL	ENDEREÇO / EMAIL / TELEFONE	Situação de Alvará
2745984	UBS Dr. Aluísio AntonioMaciel Filho - ESF Evaristo Rodrigues Nunes/UBS	Andressa Oliveira da Costa Moura	Rua Manoel Pignati, 339 – Evaristo Rodrigues Nunes 3172-4960 andressa.esf@gmail.com	Em Processo Licitatório (protocolo em anexo e termo de referência)
5554187	UBS Dr. Manoel Ribeiro Soares – ESF Waldir Dib Mattar	Mauricia Brochado Oliveia Soares	Rua Antonio Bortoletto, 935 – Felício Bichuette 3172-7559 esf.waldir@hotmail.com	Em Processo Licitatório (protocolo em anexo e termo de referência)
2745526	UBS Valda Maria dos Santos Souza - ESF Valda Maria dos Santos Souza	Ana Flavia Alves Braz	Rua Maria José Prado Soares, 175 – Bairro Meibal Terra Piedade 3172-7567 valdabackup102030@gmail.com	Em Processo Licitatório (protocolo em anexo e termo de referência)
2746182	UBS Dr. Jamil Jorge Fiod - ESF Vila Gomes	Alessandra Vilaça Pereira	Rua Pacifico Pinheiro, 09 – Vila Gomes 3172-5016 lele_vilaca@yahoo.com.br	Em Processo Licitatório (protocolo em anexo e termo de referência)
2032457	UBS Oswaldo de Souza Filho - ESF Saudade	Susylaine Grassiely Gonçalves	Avenida 22 de maio, 4060 - Saudade 3172-1289 enfermeirasusy@gmail.com	Em Processo Licitatório (protocolo em anexo e termo de referência)
7277199	UBS Dr. Alcides Antonio Maciel - ESF Central	Debora Ferreira Rosseti	Rua Capitão Vitoriano Machado, 490 - Centro 3172-4581 ubscentralsaude@gmail.com	Em Processo Licitatório (protocolo em anexo e termo de referência)
7863756	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	Giselle Aparecida dos Santos Simões	Rua: Travessa Dona Regina, 99 – Centro 3172-5801 igarapavacaps@gmail.com	Em Processo Licitatório (protocolo em anexo e termo de referência)
2092131	Centro de Saúde II – UBS Dr. Alcides Antonio Maciel Clínica/Centro de Especialidade	Renata Bernardes Lacerda	Rua Saldanha Marinho, 930 – Centro 3172-1491 / 3173-8150 renatablacerda@hotmail.com	Em Processo Licitatório (protocolo em anexo e termo de referência)

Luiz Carlos Vergara Pereira
Diretor
Departamento Municipal de Saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V1-J4NR-604W-HBCU
Assinado por 1 pessoa: LUIZ CARLOS VERGARA PEREIRA
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://assinaturas.tce.sp.gov.br/validador/exibeValidador.action e informe o código 5-K1V1-J4NR-604W-HBCU

ADVERTÊNCIA
Este texto nｴo substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

CAPÍTULO I - DAS POLÍTICAS DE SAÚDE (art. 2º ao art. 5º)

Seção I - Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (art. 2º)

Seção II - Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde (art. 3º)

Seção III - Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais (art. 4º)

Seção IV - Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (art. 5º)

CAPÍTULO II - DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (art. 6º ao art. 7º)

Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde (art. 6º)

Seção II - Das Políticas de Atenção a Agravos Específicos (art. 7º)

CAPÍTULO III - DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DO SUS (art. 8º)

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 9º ao art. 10)

ANEXOS

Anexo I Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (art. 2º ao art. 16)

CAPÍTULO II DO COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (art. 17 ao art. 23)

Anexo II Regulamento da Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

CAPÍTULO I DO COLEGIADO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL (art. 2º ao art. 7º)

CAPÍTULO II DO FÓRUM NACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (art. 8º ao art. 9º)

Anexo III Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

CAPÍTULO I DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL (art. 3º ao art. 17)

CAPÍTULO II DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH) (art. 18 ao art. 19)

CAPÍTULO III DA PREVENÇÃO DE CONTAMINAÇÃO PELO HIV, POR INTERMÉDIO DO ALEITAMENTO MATERNO E DOS PROCEDIMENTOS ÉTICOS, LEGAIS E MORAIS NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO SEM RISCO (art. 20)

CAPÍTULO IV DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE FORTIFICAÇÃO DE FARINHAS DE TRIGO, DE MILHO E DE SEUS SUBPRODUTOS (art. 21 ao art. 28)

Anexo 1 do Anexo III POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Anexo 2 do Anexo III DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA E ATUAÇÃO DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH)

Anexo IV Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Anexo V Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE (art. 2º ao art. 12)

CAPÍTULO II DO COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE (art. 13 ao art. 19)

Anexo VI Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública

Anexo VII Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

Anexo 1 do Anexo VII Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

Anexo VIII Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio

Anexo IX Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 3º)

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES (art. 4º ao art. 20)

Seção I Dos Princípios Gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (art. 5º)

Seção II Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Promoção da Saúde (art. 6º ao art. 7º)

Seção III Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Prevenção do Câncer (art. 8º ao art. 9º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Seção IV Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Vigilância, ao Monitoramento e à Avaliação (art. 10 ao art. 11)

Seção V Dos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral (art. 12 ao art. 14)

Seção VI Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Ciência e à Tecnologia (art. 15 ao art. 16)

Seção VII Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Educação (art. 17 ao art. 18)

Seção VIII Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Comunicação em Saúde (art. 19 ao art. 20)

CAPÍTULO III DAS RESPONSABILIDADES (art. 21 ao art. 26)

Seção I Das Responsabilidades das Esferas de Gestão do SUS (art. 21 ao art. 25)

Seção II Das Responsabilidades das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde (art. 26)

CAPÍTULO IV DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO (art. 27)

Seção I Das Disposições Gerais (art. 27)

CAPÍTULO V DA REDE COLABORATIVA PARA QUALIFICAR O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO (art. 28 ao art. 31)

CAPÍTULO VI DO COMITÊ TÉCNICO ASSESSOR PARA ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA (art. 32 ao art. 34)

CAPÍTULO VII DO PRIMEIRO TRATAMENTO DO PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA, NO ÂMBITO DO SUS (art. 35 ao art. 49)

CAPÍTULO VIII DO FINANCIAMENTO (art. 50)

CAPÍTULO IX DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 51 ao art. 52)

Anexo X Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 2º ao art. 20)

TÍTULO II DO MÉTODO CANGURU (art. 21)

TÍTULO III DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC) (art. 22 ao art. 32)

CAPÍTULO I DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERATIVOS PELA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA IHAC (art. 24)

CAPÍTULO II DA HABILITAÇÃO À IHAC (art. 25 ao art. 27)

CAPÍTULO III DO MONITORAMENTO (art. 28)

CAPÍTULO IV DA REAVALIAÇÃO TRIENAL (art. 29)

CAPÍTULO V DA DESABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE À IHAC (art. 30)

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 31 ao art. 32)

TÍTULO IV DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (art. 33 ao art. 37)

TÍTULO V DO COMITÊ NACIONAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E NEONATAL (art. 38 ao art. 40)

TÍTULO VI DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUE OFEREÇAM ATENDIMENTO PEDIÁTRICO EM REGIME DE INTERNAÇÃO (art. 41)

Anexo 1 do Anexo X Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru

Anexo 2 do Anexo X Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes

Anexo 3 do Anexo X TABELA DE HABILITAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)

Anexo 4 do Anexo X TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Anexo 5 do Anexo X TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Anexo 6 do Anexo X MERCOSUL/GMC/RES. N° 04/05

Anexo 7 do Anexo X INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Anexo 8 do Anexo X REGULAMENTO DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE

Anexo XI Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Anexo 1 do Anexo XI Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Anexo 2 do Anexo XI Obrigatoriedade da viabilização de meios que permitam a presença de acompanhantes a pacientes idosos em hospitais públicos

Anexo XII Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Anexo XIII Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Anexo 1 do Anexo XIII Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Anexo XIV Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Anexo 1 do Anexo XIV Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Anexo 2 do Anexo XIV Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena

Anexo 3 do Anexo XIV Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas

Anexo 4 do Anexo XIV Comitê Consultivo de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Anexo 5 do Anexo XIV Certificado Hospital Amigo do Índio

Anexo XV Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

CAPÍTULO I DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES (art. 5º ao art. 7º)

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS (art. 8º)

CAPÍTULO III DAS ESTRATÉGIAS (art. 9º)

CAPÍTULO IV DAS RESPONSABILIDADES (art. 10 ao art. 15)

Seção I Das Atribuições dos Gestores do SUS (art. 10 ao art. 13)

Seção II Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas (art. 14 ao art. 15)

CAPÍTULO V DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO (art. 16 ao art. 17)

CAPÍTULO VI DO FINANCIAMENTO (art. 18)

Anexo 1 do Anexo XV Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Anexo XVI Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009

CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (art. 2º ao art. 11)

CAPÍTULO II DOS CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR) POR MUNICÍPIO (art. 12 ao art. 15)

CAPÍTULO III DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (art. 16 ao art. 20)

Anexo 1 do Anexo XVI Número de Consultórios de Rua por Cidade

Anexo 2 do Anexo XVI Número de equipes em função da população em situação de rua

Anexo XVII Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 3º)

CAPÍTULO II DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI (art. 4º ao art. 10)

Seção I Dos Princípios (art. 5º)

Seção II Dos Objetivos (art. 6º ao art. 7º)

Seção III Da Organização (art. 8º ao art. 10)

CAPÍTULO III DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE (art. 11 ao art. 26)

Seção I Das Atribuições da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios (art. 14 ao art. 22)

Seção II Das Atribuições do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) (art. 23)

Seção III Do Financiamento (art. 24 ao art. 26)

CAPÍTULO IV DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (art. 27 ao art. 29)

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 30 ao art. 31)

Anexo 1 do Anexo XVII Atribuições das Equipes de Referência em Saúde e Responsabilidades Setoriais Interfederativas

Anexo 2 do Anexo XVII Plano Operativo

Anexo 3 do Anexo XVII Plano de Ação

Anexo XVIII Regulamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014

CAPÍTULO I DAS NORMAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP) NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) (art. 2º ao art. 8º)

CAPÍTULO II DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS EM SAÚDE PRISIONAL (art. 9º ao art. 15)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

CAPÍTULO III DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) (art. 16 ao art. 28)

Anexo 1 do Anexo XVIII Modelo de termo de habilitação dos serviços e equipes em saúde no sistema prisional (ESP)

Anexo 2 do Anexo XVIII Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados

Anexo 3 do Anexo XVIII Termo de adesão para implantação do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei

Anexo 4 do Anexo XVIII Plano de ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei

Anexo XIX Aprova a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Anexo 1 do Anexo XIX Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Anexo 2 do Anexo XIX Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN)

Anexo XX Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS (art. 2º ao art. 8º)

CAPÍTULO II DO GRUPO DA TERRA (art. 9º ao art. 15)

Anexo XXI Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (art. 2º ao art. 8º)

CAPÍTULO II DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (COMITÊ TÉCNICO LGBT) (art. 9º ao art. 14)

Anexo 1 do Anexo XXI Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)

Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI Normas de habilitação para a atenção especializada no processo transexualizador

Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI Formulário de vistoria do gestor para habilitação do estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador

Anexo C do Anexo 1 do Anexo XXI Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador

Anexo D do Anexo 1 do Anexo XXI Alteração na Tabela de Serviço/classificação do SCNES

Anexo E do Anexo 1 do Anexo XXI Inclusão de Procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Anexo XXI-A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani

Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 2º ao art. 11)

Seção I Das Responsabilidades (art. 7º ao art. 11)

CAPÍTULO II DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (art. 12 ao art. 40)

Seção I Do processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal (art. 12)

Seção II Dos NASF (art. 13 ao art. 15)

Seção III Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense (art. 16 ao art. 31)

Seção IV Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (art. 32 ao art. 40)

CAPÍTULO III DOS PROFISSIONAIS (art. 41 ao art. 58)

Seção I Das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico (art. 41 ao art. 49)

Seção II Das especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico (art. 50 ao art. 58)

Anexo 1 do Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização

Anexo 2 do Anexo XXII Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição

Anexo 3 do Anexo XXII Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da Família

Anexo 4 do Anexo XXII Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro

Anexo 5 do Anexo XXII Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica

Anexo XXIII Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE (art. 2º ao art. 15)

CAPÍTULO II DA PARTICIPAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE (art. 16 ao art. 20)

Seção I Disposições Gerais (art. 16 ao art. 17)

Seção II Dos critérios da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte dos estados participantes da Amazônia Legal (art. 18 ao art. 20)

Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 5º)

CAPÍTULO II DAS DIRETRIZES (art. 6º)

CAPÍTULO III DOS EIXOS ESTRUTURANTES (art. 7º ao art. 37)

Seção I Do Eixo de Assistência Hospitalar (art. 8º ao art. 17)

Seção II Do Eixo de Gestão Hospitalar (art. 18 ao art. 23)

Seção III Dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar (art. 24 ao art. 27)

Seção IV Do Eixo de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho (art. 28 ao art. 30)

Seção V Do Eixo de Financiamento (art. 31 ao art. 33)

Seção VI Do Eixo de Contratualização (art. 34 ao art. 36)

Seção VII Do Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão (art. 37)

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS (art. 38 ao art. 39)

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 40 ao art. 41)

Anexo 1 do Anexo XXIV Da modalidade de assistência em regime de hospital-dia

Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia

Anexo 2 do Anexo XXIV Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 3º)

CAPÍTULO II DAS RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO (art. 4º ao art. 5º)

CAPÍTULO III DAS RESPONSABILIDADES DOS HOSPITAIS (art. 6º ao art. 13)

Seção I Do Eixo de Assistência (art. 7º)

Seção II Do Eixo de Gestão (art. 8º)

Seção III Do Eixo de Ensino e Pesquisa (art. 9º)

Seção IV Do Eixo de Avaliação (art. 10 ao art. 13)

CAPÍTULO IV DO FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS (art. 14 ao art. 20)

CAPÍTULO V DA CONTRATUALIZAÇÃO (art. 21 ao art. 32)

Seção I Do Instrumento Formal de Contratualização (art. 21 ao art. 24)

Seção II Do Documento Descritivo (art. 25 ao art. 27)

Seção III Do Repasse dos Recursos Financeiros (art. 28 ao art. 31)

Seção IV Da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (art. 32)

CAPÍTULO VI DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (art. 33 ao art. 34)

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 35 ao art. 38)

Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV Programação orçamentária a constar de Documento descritivo

Anexo XXV Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

Anexo 1 do Anexo XXV Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

Anexo 2 do Anexo XXV Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS

Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXV Criação e diretriz do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS

Anexo 3 do Anexo XXV Aprova a definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga na PNPIC

Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga

Anexo XXVI Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SUS (art. 2º ao art. 11)

Anexo 1 do Anexo XXVI Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)

Anexo XXVII Política Nacional de Medicamentos (PNM)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

CAPÍTULO I DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME) (art. 3º ao art. 9º)

Seção I Disposições Gerais (art. 3º ao art. 7º)

Seção II Do Formulário Terapêutico Nacional (art. 8º ao art. 9º)

CAPÍTULO II DAS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS (art. 10 ao art. 11)

CAPÍTULO III DOS PRODUTOS OU PROCESSOS FARMACÊUTICOS CONSIDERADOS DE INTERESSE PARA AS POLÍTICAS DE MEDICAMENTO OU DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA EXAME DE PRÉVIA ANUÊNCIA DA ANVISA (art. 12 ao art. 14)

CAPÍTULO IV DOS CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS PELOS LABORATÓRIOS OFICIAIS DE PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS EM SUAS LICITAÇÕES PARA AQUISIÇÃO DE MATÉRIA PRIMA (art. 15 ao art. 17)

CAPÍTULO V DA COMISSÃO PERMANENTE DE BAIXA E DESCARTE DE MEDICAMENTOS (art. 18 ao art. 23)

Anexo 1 do Anexo XXVII Política Nacional de Medicamentos (PNM)

Anexo 2 do Anexo XXVII Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais

Anexo XXVIII Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)

TÍTULO I DO ASSESSORAMENTO TÉCNICO PARA PACTUAÇÃO (art. 1º ao art. 29)

CAPÍTULO I DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS BASES DAS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS, DAQUELES DESTINADOS À ATENÇÃO BÁSICA, BEM COMO DAS AÇÕES INERENTES À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (art. 1º ao art. 2º)

CAPÍTULO II DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AO SUPRIMENTO DE MEDICAMENTOS INTEGRANTES DO PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS (art. 3º ao art. 4º)

CAPÍTULO III DO COMITÊ NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS (art. 5º ao art. 29)

TÍTULO II DA POSSIBILIDADE DOS ENTES FEDERATIVOS AMPLIAREM O ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (art. 30 ao art. 32)

TÍTULO III DAS NORMAS DE FINANCIAMENTO E DE EXECUÇÃO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) (art. 33 ao art. 46)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 33 ao art. 34)

CAPÍTULO II DAS RESPONSABILIDADES EXECUTIVAS (art. 35 ao art. 43)

CAPÍTULO III DO CONTROLE E MONITORAMENTO (art. 44 ao art. 46)

TÍTULO IV DAS REGRAS DE FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) (art. 47 ao art. 112)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 48 ao art. 63)

CAPÍTULO II DA EXECUÇÃO (art. 64 ao art. 95)

Seção I Da Solicitação (art. 69 ao art. 71)

Seção II Da Avaliação (art. 72 ao art. 74)

Seção III Da Autorização (art. 75 ao art. 77)

Seção IV Da Dispensação (art. 78 ao art. 86)

Seção V Da Renovação da Continuidade do Tratamento (art. 87)

Seção VI Do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) (art. 88 ao art. 95)

CAPÍTULO III DA PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO (art. 96 ao art. 107)

Seção I Dos Medicamentos de Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde (art. 100 ao art. 107)

Subseção I Da Programação Anual (art. 103)

Subseção II Da Programação Trimestral (art. 104)

Subseção III Do Controle e Monitoramento da Programação (art. 105 ao art. 107)

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 108 ao art. 112)

Anexo XXIX Regulamento da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012

Anexo XXX Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida

Anexo XXXI Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Anexo XXXII Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

Anexo XXXIII Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

Anexo XXXIV Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia

CAPÍTULO I DA REDE MULTICÊNTRICA DE AVALIAÇÃO DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS (REMATO) (art. 2º ao art. 5º)

CAPÍTULO II DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA (art. 6º ao art. 11)

CAPÍTULO III DA CÂMARA TÉCNICA EM TRÁUMATO - ORTOPEDIA (art. 12 ao art. 13)

Anexo XXXV Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO)

Anexo XXXVI Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias

Anexo XXXVII Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica

Anexo XXXVIII Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 3º)

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS (art. 4º ao art. 5º)

CAPÍTULO III DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES (art. 6º ao art. 7º)

CAPÍTULO IV DAS RESPONSABILIDADES (art. 8º ao art. 11)

CAPÍTULO V DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO (art. 12)

CAPÍTULO VI DA ESTRUTURA DA LINHA DE CUIDADO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (art. 13 ao art. 21)

CAPÍTULO VII DO FINANCIAMENTO (art. 22 ao art. 24)

CAPÍTULO VIII DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO (art. 25 ao art. 28)

CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 29 ao art. 38)

Anexo 1 do Anexo XXXVIII Serviço Especializado 168 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras

Anexo 2 do Anexo XXXVIII Tabela de Habilitações para à Atenção às Pessoas com Doenças Raras

Anexo 3 do Anexo XXXVIII Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS

Anexo 4 do Anexo XXXVIII Compatibilidade dos Procedimentos Relativos à Assistência à Pessoa com Doença Rara no SUS

Anexo 5 do Anexo XXXVIII Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação de Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras

Anexo 6 do Anexo XXXVIII ALTERAÇÕES DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS

Anexo XXXIX Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)

Anexo 1 do Anexo XXXIX Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)

Anexo XL Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (art. 2º ao art. 20)

CAPÍTULO II DOS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS (art. 21 ao art. 27)

CAPÍTULO III DA COMISSÃO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS (art. 28 ao art. 31)

CAPÍTULO IV DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL COM O OBJETIVO DE PROMOVER MEDIDAS QUE GARANTAM O SUPORTE TÉCNICO-ADMINISTRATIVO NECESSÁRIO AO DESENVOLVIMENTO DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (UNA-SUS) (art. 32 ao art. 34)

CAPÍTULO V DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE (art. 35 ao art. 47)

CAPÍTULO VI DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS (art. 48 ao art. 50)

Anexo 1 do Anexo XL Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor

Anexo 2 do Anexo XL INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Anexo XLI Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde

Anexo XLII Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 2º)

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES (art. 3º ao art. 8º)

Seção I Dos Princípios Gerais da PNIIS (art. 4º)

Seção II Das Diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov) (art. 5º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Seção III Das Diretrizes Relacionadas à Estratégia de e-Saúde (art. 6º)

Seção IV Das Diretrizes Relacionadas à Gestão da PNIIS (art. 7º)

Seção V Das Diretrizes Relacionadas à Formação Permanente de Pessoal para o SUS na Área de Informação e Informática em Saúde (art. 8º)

CAPÍTULO III DAS RESPONSABILIDADES (art. 9º ao art. 11)

CAPÍTULO IV DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO (art. 12)

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 13 ao art. 17)

Voltar ao início do Sumario

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE,** no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º As políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

CAPÍTULO I
DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Seção I
Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde

Art. 2º São políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da Saúde:

I - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na forma do Anexo I;

II - Política Nacional de Vigilância em Saúde;

III - Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001;

IV - Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, na forma do Anexo II;

V - Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na forma do Anexo III;

VI - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, na forma do Anexo IV;

VII - Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), na forma do Anexo V.

Seção II
Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde

Art. 3º São políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde:

I - Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, na forma do Anexo VI;

II - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, na forma do Anexo VII;

III - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, na forma do Anexo VIII;

IV - Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), na forma do Anexo IX.

Seção III
Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais

Art. 4º São políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais:

I - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), na forma do Anexo X;

II - Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde;

III - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo XI;

IV - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM);

V - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, na forma do Anexo XII;

VI - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo XIII;

VII - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo XIV;

VIII - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, na forma do Anexo XV;

IX - Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, na forma do Anexo XVI;

X - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, na forma do Anexo XVII;

XI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, na forma do Anexo XVIII.

Seção IV
Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

Art. 5º São políticas de promoção da equidade em saúde:

I - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo XIX;

II - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), na forma do Anexo XX;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, na forma do Anexo XXI.

IV - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, na forma do Anexo XXI-A. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

CAPÍTULO II
DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I
Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde

Art. 6º São políticas gerais de organização da atenção à saúde:

I - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na forma do Anexo XXII;

II - Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), instituída por pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 12 de fevereiro de 2004;

III - Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, na forma do Anexo XXIII;

IV - Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), na forma do Anexo XXIV;

V - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), na forma do Anexo XXV;

VI - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, na forma do Anexo XXVI;

VII - Política Nacional de Medicamentos (PNM), na forma do Anexo XXVII;

VIII - Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), instituída pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, na forma do Anexo XXVIII.

Seção II
Das Políticas de Atenção a Agravos Específicos

Art. 7º São políticas de atenção a agravos específicos:

I - Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, na forma do Anexo XXIX;

II - Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, na forma do Anexo XXX;

III - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, na forma do Anexo XXXI;

IV - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, na forma do Anexo XXXII;

V - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, na forma do Anexo XXXIII;

VI - Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, na forma do Anexo XXXIV;

VII - Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO), na forma do Anexo XXXV;

VIII - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, na forma do Anexo XXXVI;

IX - Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, na forma do Anexo XXXVII;

X - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, na forma do Anexo XXXVIII.

CAPÍTULO III
DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 8º São políticas de organização do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), na forma do Anexo XXXIX;

II - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na forma do Anexo XL;

III - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004;

IV - Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, na forma do Anexo XLI;

V - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), na forma do Anexo XLII.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 2446/GM/MS, de 11 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de novembro de 2014, p. 68;

II - Portaria nº 227/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de fevereiro de 2016, p. 25;

III - Portaria nº 3796/GM/MS, de 6 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de dezembro de 2010, p. 43;

IV - Portaria nº 1608/GM/MS, de 3 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de agosto de 2004, p. 28;

V - Portaria nº 2715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de novembro de 2011, p. 89;

VI - Portaria nº 1920/GM/MS, de 5 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de setembro de 2013, p. 64;

VII - Portaria nº 2193/GM/MS, de 14 de setembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de setembro de 2006, p. 47;

VIII - Portaria nº 2415/GM/MS, de 12 de dezembro de 1996, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 1996, p. 96;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IX - Portaria nº 1793/GM/MS, de 11 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2009, p. 88;

X - Portaria nº 1102/GM/MS, de 12 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de maio de 2010, p. 59;

XI - Portaria nº 2761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2013, p. 62;

XII - Portaria nº 1256/GM/MS, de 17 de junho de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de junho de 2009, p. 41;

XIII - Portaria nº 149/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de fevereiro de 2016, p. 45;

XIV - Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de maio de 2001, p. 3;

XV - Portaria nº 1876/GM/MS, de 14 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de agosto de 2006, p. 65;

XVI - Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de maio de 2013, p. 129;

XVII - Portaria nº 1472/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de junho de 2011, p. 119;

XVIII - Portaria nº 558/GM/MS, de 24 de março de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de março de 2011, p. 83;

XIX - Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de maio de 2013, p. 135;

XX - Portaria nº 1130/GM/MS, de 5 de agosto de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de agosto de 2015, p. 37;

XXI - Portaria nº 1968/GM/MS, de 25 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2001, p. 86;

XXII - Portaria nº 1683/GM/MS, de 12 de julho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de julho de 2007, p. 84;

XXIII - arts. 4º a 12, 15 e 16 da Portaria nº 1153/GM/MS, de 22 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de maio de 2014, p. 43;

XXIV - Portaria nº 1058/GM/MS, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de julho de 2005, p. 41;

XXV - Portaria nº 964/GM/MS, de 23 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de junho de 2005, p. 74;

XXVI - Portaria nº 1258/GM/MS, de 28 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de junho de 2004, p. 27;

XXVII - Portaria nº 2261/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de novembro de 2005, p. 70;

XXVIII - Portaria nº 2528/GM/MS, de 19 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de outubro de 2006, p. 142;

XXIX - Portaria nº 280/GM/MS, de 7 de abril de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 1999, p. 14;

XXX - Portaria nº 1944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de agosto de 2009, p. 61;

XXXI - Portaria nº 1060/GM/MS, de 5 de junho de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2002, p. 21;

XXXII - Portaria nº 254/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de fevereiro de 2002, p. 46;

XXXIII - Portaria nº 70/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2004, p. 54;

XXXIV - Portaria nº 2759/GM/MS, de 25 de outubro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2007, p. 60;

XXXV - Portaria nº 69/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2004, p. 54;

XXXVI - Portaria nº 645/GM/MS, de 27 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2006, p. 70;

XXXVII - Portaria nº 1823/GM/MS, de 23 de agosto de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de agosto de 2012, p. 46;

XXXVIII - arts. 1º a 7º, 9º a 11 da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 46;

XXXIX - Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 48;

XL - Portaria nº 3305/GM/MS, de 24 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2009, p. 28;

XLI - Portaria nº 1082/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 60;

XLII - arts. 3º a 6º da Portaria nº 1083/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 62;

XLIII - arts. 1º a 3º, 6º, 8º, 9º e 13 da Portaria nº 482/GM/MS, de 1 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de abril de 2014, p. 48;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

XLIV - Portaria nº 2613/GM/MS, de 19 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2012, p. 25;

XLV - Portaria nº 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de janeiro de 2014, p. 37;

XLVI - Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de maio de 2009, p. 31;

XLVII - art. 1º da Portaria nº 2629/GM/MS, de 27 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2014, p. 131;

XLVIII - Portaria nº 1063/GM/MS, de 23 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2015, p. 39;

XLIX - Portaria nº 2866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de dezembro de 2011, p. 93;

L - Portaria nº 3071/GM/MS, de 27 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2012, p. 109;

LI - Portaria nº 2836/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 35;

LII - Portaria nº 2837/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 36;

LIII - arts. 1º a 12, 15 e 16 da Portaria nº 2803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de novembro de 2013, p. 25;

LIV - Portaria nº 2436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de setembro de 2017, p. 68;

LV - Portaria nº 2887/GM/MS, de 20 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de dezembro de 2012, p. 747;

LVI - Portaria nº 3124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2012, p. 223;

LVII - Portaria nº 837/GM/MS, de 9 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de maio de 2014, p. 24;

LVIII - Portaria nº 1591/GM/MS, de 23 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2012, p. 31;

LIX - Portaria nº 1377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de junho de 2011, p. 45;

LX - Portaria nº 3147/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2012, p. 231;

LXI - Portaria nº 1007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2010, p. 36;

LXII - Portaria nº 3238/GM/MS, de 18 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de dezembro de 2009, p. 61;

LXIII - Portaria nº 1044/GM/MS, de 1 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de junho de 2004, p. 42;

LXIV - Portaria nº 852/GM/MS, de 7 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2005, p. 72;

LXV - Portaria nº 1955/GM/MS, de 23 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de agosto de 2006, p. 80;

LXVI - Portaria nº 3390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 54;

LXVII - Portaria nº 582/GM/MS, de 20 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de junho de 2000, p. 36;

LXVIII - Portaria nº 44/GM/MS, de 10 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de janeiro de 2001, p. 27;

LXIX - Portaria nº 3410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de janeiro de 2014, p. 21;

LXX - Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de maio de 2006, p. 20;

LXXI - Portaria nº 1600/GM/MS, de 17 de julho de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de julho de 2006, p. 65;

LXXII - Portaria nº 849/GM/MS, de 27 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de março de 2017, p. 68;

LXXIII - Portaria nº 1559/GM/MS, de 1 de agosto de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de agosto de 2008, p. 48;

LXXIV - Portaria nº 2309/GM/MS, de 19 de dezembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de dezembro de 2001, p. 339;

LXXV - Portaria nº 3916/GM/MS, de 30 de outubro de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 1998, p. 18;

LXXVI - Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2012, p. 96;

LXXVII - Portaria nº 4004/GM/MS, de 16 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2010, p. 109;

LXXVIII - Portaria nº 4283/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2010, p. 94;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

LXXIX - Portaria nº 736/GM/MS, de 2 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2014, p. 38;

LXXX - Portaria nº 3031/GM/MS, de 16 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2008, p. 66;

LXXXI - Portaria nº 1000/GM/MS, de 13 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de abril de 2017, p. 29;

LXXXII - Portaria nº 1653/GM/MS, de 11 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2004, p. 53;

LXXXIII - Portaria nº 1652/GM/MS, de 11 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2004, p. 52;

LXXXIV - Portaria nº 834/GM/MS, de 14 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de maio de 2013, p. 34;

LXXXV - Portaria nº 2928/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de dezembro de 2011, p. 65;

LXXXVI - arts. 1º, 2º, 5º a 13, 15 a 17 da Portaria nº 1555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 71;

LXXXVII - arts. 1º a 17, 22 a 65, 80 a 84 da Portaria nº 1554/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 69;

LXXXVIII - Portaria nº 962/GM/MS, de 22 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de maio de 2013, p. 62;

LXXXIX - Portaria nº 426/GM/MS, de 22 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de março de 2005, p. 22;

XC - Portaria nº 1169/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 57;

XCI - Portaria nº 1161/GM/MS, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2005, p. 35;

XCII - Portaria nº 1168/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 56;

XCIII - Portaria nº 221/GM/MS, de 15 de fevereiro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2005, p. 22;

XCIV - Portaria nº 1883/GM/MS, de 14 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de julho de 2010, p. 71;

XCV - Portaria nº 2387/GM/MS, de 19 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de setembro de 2017, p. 56;

XCVI - Portaria nº 957/GM/MS, de 15 de maio de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de maio de 2008, p. 43;

XCVII - Portaria nº 1391/GM/MS, de 16 de agosto de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de agosto de 2005, p. 40;

XCVIII - Portaria nº 81/GM/MS, de 20 de janeiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de janeiro de 2009, p. 50;

XCIX - arts. 1º a 21, 28 a 38, 38-A, 39 a 43 da Portaria nº 199/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de fevereiro de 2014, p. 44;

C - Portaria nº 3027/GM/MS, de 26 de novembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de novembro de 2007, p. 45;

CI - Portaria nº 598/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2006, p. 51;

CII - Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2004, p. 37;

CIII - arts. 1º a 16, 20 a 22 da Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de agosto de 2007, p. 34;

CIV - Portaria nº 1055/GM/MS, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 6 de julho de 2005, p. 29;

CV - Portaria nº 1325/GM/MS, de 27 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 28 de maio de 2010, p. 51;

CVI - Portaria nº 827/GM/MS, de 5 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de maio de 2004, p. 32;

CVII - Portaria nº 174/GM/MS, de 27 de janeiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 2006, p. 75;

CVIII - Portaria nº 1578/GM/MS, de 29 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de setembro de 2015, p. 63;

CIX - Portaria nº 2690/GM/MS, de 5 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de novembro de 2009, p. 61;

CX - Portaria nº 589/GM/MS, de 20 de maio de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de maio de 2015, p. 72.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO I

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Origem: PRT MS/GM 2446/2014)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 1º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Art. 2º A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saude (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 2º)

Art. 3º São valores fundantes no processo de efetivação da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º)

I - a solidariedade, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, I)

II - a felicidade, enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, II)

III - a ética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, III)

IV - o respeito às diversidades, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, IV)

V - a humanização, enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, V)

VI - a corresponsabilidade, enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VI)

VII - a justiça social, enquanto necessidade de alcançar repartição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos, de modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com oportunidades de desenvolvimento; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VII)

VIII - a inclusão social, que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VIII)

Art. 4º A PNPS adota como princípios: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º)

I - a equidade, quando baseia as práticas e as ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, I)

II - a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, II)

III - a autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, III)

IV - o empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, IV)

V - a intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, V)

VI - a intrassetorialidade, que diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VI)

VII - a sustentabilidade, que diz respeito à necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VII)

VIII - a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VIII)

IX - a territorialidade, que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, IX)

Art. 5º São diretrizes da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º)

I - o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, I)

II - o fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, II)

III - incentivo à gestão democrática, participativa e transparente, para fortalecer a participação, o controle social e a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, III)

IV - ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, IV)

V - estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, V)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VI - apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VI)

VII - incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VII)

VIII - organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VIII)

Art. 6º A PNPS tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 6º)

Art. 7º São objetivos específicos da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º)

I - estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na RAS, articulada às demais redes de proteção social; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, I)

II - contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, II)

III - favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade e o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, III)

IV - promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, IV)

V - apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem viver; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, V)

VI - valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VI)

VII - promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VII)

VIII - promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), para trabalhadores, gestores e cidadãos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VIII)

IX - estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, IX)

X - estimular a pesquisa, produção e difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, X)

XI - promover meios para a inclusão e qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e inquéritos, permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XI)

XII - fomentar discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XII)

XIII - contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrassetoriais com as agendas nacionais e internacionais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XIII)

Art. 8º São temas transversais da PNPS, entendidos como referências para a formação de agendas de promoção da saúde, para adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º)

I - Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade, que significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, I)

II - desenvolvimento sustentável, que se refere a dar visibilidade aos modos de consumo e produção relacionados com o tema priorizado, mapeando possibilidades de intervir naqueles que sejam deletérios à saúde, adequando tecnologias e potencialidades de acordo com especificidades locais, sem comprometer as necessidades futuras; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, II)

III - produção de saúde e cuidado, que representa a incorporação do tema na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber popular, tradicional e científico, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde, significando, também, a vinculação do tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, III)

IV - ambientes e territórios saudáveis, que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, IV)

V - vida no trabalho, que compreende a interrelação do tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os setores primário, secundário e terciário da economia, considerando os espaços urbano e rural, e identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, V)

VI - cultura da paz e direitos humanos, que consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 9º São Eixos Operacionais da PNPS, entendidos como estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando-se valores, princípios, diretrizes e objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º)

I - territorialização, enquanto estratégia operacional: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I)

a) reconhece a regionalização como diretriz do SUS e como eixo estruturante para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e para organizar a RAS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, a)

b) considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, b)

c) observa as pactuações interfederativas, a definição de parâmetros de escala e acesso e a execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções, ampliando as ações de promoção à saúde e contribuindo para fortalecer identidades regionais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, c)

II - articulação e cooperação intra e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, II)

III - RAS, enquanto estratégia operacional necessita: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III)

a) transversalizar a promoção na RAS, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III, a)

b) articular com as demais redes de proteção social, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III, b)

IV - participação e controle social, que compreende a ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, IV)

V - gestão, entendida como a necessidade de priorizar os processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, V)

VI - educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VI)

VII - vigilância, monitoramento e avaliação, enquanto uso de múltiplas abordagens na geração e análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais, visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VII)

VIII - produção e disseminação de conhecimentos e saberes, enquanto estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VIII)

IX - comunicação social e mídia, enquanto uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, IX)

Art. 10. São temas prioritários da PNPS, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas e compatíveis com o Plano Nacional de Saúde, pactos interfederativos e planejamento estratégico do Ministério da Saúde, bem como acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro, em permanente diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10)

I - formação e educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e incluí-la nos espaços de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, I)

II - alimentação adequada e saudável, que compreende promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, II)

III - práticas corporais e atividades físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, III)

IV - enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, IV)

V - enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, V)

VI - promoção da mobilidade segura, que compreende: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI)

a) buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, a)

b) orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e demais setores envolvidos, além da sociedade, visando definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, b)

c) avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e a paz no trânsito. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, c)

VII - promoção da cultura da paz e de direitos humanos, que compreende promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos, para o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

fundamentais, articulando a RAS com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura de paz; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VII)

VIII - promoção do desenvolvimento sustentável, que compreende promover, mobilizar e articular ações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários, como cidades, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros, permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde em articulação com os demais temas prioritários. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VIII)

Art. 11. Compete às esferas federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais do SUS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11)

I - divulgar a PNPS, fortalecendo seus valores e princípios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, I)

II - estabelecer parcerias, promovendo a articulação intersetorial e intrassetorial; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, II)

III - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde com base nos valores, princípios e diretrizes da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, III)

IV - fomentar normas e regulamentos para o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável em ambientes, comunidades, municípios e territórios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, IV)

V - fortalecer a participação e o controle social e as instâncias de gestão democrática e participativa, enquanto mecanismo de implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, V)

VI - construir mecanismos de identificação das potencialidades e das vulnerabilidades para subsidiar o fortalecimento da equidade; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VI)

VII - definir prioridades, objetivos, estratégias e metas nas instâncias colegiadas e intergestores para implementação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VII)

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VIII)

IX - promover a alocação de recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, IX)

X - promover o intercâmbio de experiências e o desenvolvimento de estudos e pesquisas que visem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados para a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, X)

XI - desenvolver estratégias e mecanismos organizacionais de qualificação e valorização da força de trabalho da saúde, estimulando processos de formação e educação permanente voltados para a efetivação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XI)

XII - estimular as iniciativas e ações de promoção de saúde, bem como a produção de dados e divulgação de informações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XII)

XIII - incluir a promoção da saúde nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde em conformidade com os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, para implementação da PNPS, considerando as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XIII)

XIV - articular a inserção das ações voltadas à promoção da saúde nos sistemas de informação do SUS e outros; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XIV)

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e sociedade civil, para o fortalecimento da promoção da saúde no País. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XV)

Art. 12. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12)

I - promover a articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, I)

II - pactuar na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) os temas prioritários e o financiamento da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, II)

III - apoiar a implementação da PNPS, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, III)

IV - viabilizar mecanismos para cofinanciamento de planos, projetos e programas de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, V)

VI - apresentar no Conselho Nacional de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VI)

VII - institucionalizar e manter em funcionamento o Comitê da PNPS, em conformidade com os seus princípios e diretrizes; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VII)

VIII - realizar apoio institucional às Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, visando à implantação, implementação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VIII)

IX - apoiar e produzir a elaboração de materiais de divulgação, visando socializar informações e ações de promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, IX)

X - estimular, monitorar e avaliar os processos, programas, projetos e ações de promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, X)

Art. 13. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13)

I - promover a articulação com os municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, I)

II - pactuar nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR) as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - implantar e implementar a PNPS na RAS, no âmbito de seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo adequações às especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, III)

IV - apresentar no Conselho Estadual de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde nos Planos Plurianual e Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, V)

VI - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VI)

VII - realizar apoio institucional às secretarias municipais e regiões de saúde no processo de implantação, implementação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VII)

VIII - realizar o monitoramento e avaliação de programas, projetos e ações de promoção da saúde no âmbito estadual e distrital; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VIII)

IX - apoiar e elaborar materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, IX)

X - promover cooperação, espaços de discussão e trocas de experiências e conhecimentos sobre a promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, X)

XI - apoiar e promover a execução de programas, planos, projetos e ações relacionadas com a promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, XI)

Art. 14. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14)

I - promover a articulação intra e intersetorial para apoio à implantação e implementação da PNPS no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, I)

II - implantar e implementar a PNPS no âmbito do seu território, respeitando as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, II)

III - pactuar nas CIB e CIR as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, III)

IV - apresentar no Conselho Municipal de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, V)

VI - destinar recursos orçamentários e financeiros para realização das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VI)

VII - prestar apoio institucional aos gestores e trabalhadores no processo de implantação, implementação, qualificação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VII)

VIII - promover e realizar a educação permanente dos trabalhadores do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VIII)

IX - identificar e promover canais de participação no processo decisório para o desenvolvimento e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, IX)

X - promover a participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, X)

XI - identificar, articular e apoiar a troca de experiências e conhecimentos referentes às ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XI)

XII - participar do processo de monitoramento, avaliação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XII)

XIII - elaborar materiais educativos visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XIII)

XIV - apoiar e promover, de forma privilegiada, a execução de programas, planos, projetos e ações diretamente relacionadas à promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XIV)

Art. 15. À Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF) competem as atribuições reservadas às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 15)

Art. 16. O financiamento dos temas prioritários da PNPS e seus planos operativos serão objeto de pactuação prévia na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 16)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Art. 17. Fica instituído o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS). (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 1º)

Art. 18. Compete ao CGPNPS: (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º)

I - consolidar a implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, I)

II - coordenar a implementação da PNPS no Sistema Único de Saúde (SUS) em articulação com os demais setores governamentais e não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, II)

III - consolidar as agendas de promoção da saúde em consonância com as políticas, as prioridades e os recursos das instituições participantes e com o Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, III)

IV - promover a integração das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS, no contexto dos instrumentos institucionais de planejamento e gestão; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, IV)

V - incentivar e apoiar a inclusão de temas sobre a Promoção da Saúde na elaboração de projetos e planos locais de acordo com os valores e princípios, os objetivos, as diretrizes, os temas transversais e os eixos operacionais da PNPS, no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, respeitando os instrumentos instituídos de planejamento e gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, V)

VI - monitorar e avaliar as estratégias de implantação e implementação da PNPS e seu impacto na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VII - viabilizar parcerias com organismos internacionais com o objetivo de promover articulação e intercâmbio entre países para fortalecimento da PNPS; e (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VII)

VIII - desenvolver outras ações que visem ao fortalecimento da PNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VIII)

Art. 19. O CGPNPS será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º)

I - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, I)

II - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, II)

III - 3 (três) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, III)

IV - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante da Secretária-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XIII)

XIV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XIV)

XV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); e (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XVI)

XVII - 1 (um) representante do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XVII)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados formalmente pelos dirigentes de seus respectivos órgãos à Coordenação do CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes poderão ser substituídos a qualquer tempo, desde que formalizada a solicitação à Coordenação do CGPNPS, devendo a cada ano ser confirmada a indicação ou substituição. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º As entidades de que trata os incisos XV a XVII serão convidadas a indicar representantes para compor o CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O CGPNPS poderá convidar servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, de outros órgãos da Administração Pública Federal, de entidades não governamentais, organismos internacionais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, além dos indicados no "caput", cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento das funções atribuídas ao CGPNPS, mediante consulta prévia à Coordenação do CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 4º)

Art. 20. O CGPNPS reunir-se-á, ordinariamente, com regularidade bimestral e, extraordinariamente, por iniciativa de qualquer um dos membros junto à Coordenação do CGPNPS, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data proposta para a realização da reunião. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 4º)

Art. 21. O CGPNPS poderá propor a criação de Grupos de Trabalho (GT), instituídos por meio de atos do Ministro de Estado da Saúde, para assessorá-lo com temas afetos à Promoção da Saúde, por meio de consolidação e implementação da PNPS, bem como acompanhamento das suas implementações, e emissão de pareceres e relatórios para subsidiar as atividades do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º)

§ 1º Os GT, ao finalizarem os trabalhos, deverão enviar relatórios ou pareceres, de acordo com a solicitação do CGPNPS, para aprovação e, posteriormente, divulgá-los. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os GT serão compostos por até 5 (cinco) representantes do CGPNPS e poderão convidar especialistas, representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde e de outros Ministérios, assim como representantes de outras entidades, instituições e movimentos sociais, de acordo com suas necessidades e especificidades. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º, § 2º)

Art. 22. As funções desempenhadas no âmbito do CGPNPS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 6º)

Art. 23. Os debates ocorridos nas reuniões do CGPNPS deverão ser consubstanciados em atas com ampla divulgação no âmbito da saúde. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 7º)

ANEXO II

Regulamento da Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Origem: PRT MS/GM 3796/2010)

Art. 1º Fica regulamentada a Política de Saúde Mental, observado o disposto neste Anexo.

CAPÍTULO I

DO COLEGIADO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 2º Fica instituído o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, de caráter consultivo, com a finalidade de: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º)

I - assessorar o Ministério da Saúde na condução da Política Nacional de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, I)

II - propor mecanismos de avaliação e monitoramento dessa Política; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, II)

III - elaborar relatórios técnicos sobre situações complexas que necessitam de intervenção da gestão; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, III)

IV - analisar e propor as atualizações necessárias para as normas técnicas e as diretrizes do Ministério da Saúde sobre saúde mental e atenção integral em álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, IV)

V - contribuir para ampliar a interlocução da gestão da política de saúde com as organizações da sociedade civil, das entidades científicas e profissionais, e das políticas intersetoriais. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, V)

Art. 3º O Colegiado Nacional terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): 1 (um) representante: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I)

a) Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental/DAPES, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I, a)

II - Coordenadores Estaduais de Saúde Mental: 27 (vinte e sete) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, II)

III - Coordenadores de Saúde Mental de Capitais: 26 (vinte e seis) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, V)

VI - Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS): 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VI)

VII - Conselho Nacional de Saúde: 1 (um) representante observador; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VII)

VIII - Secretaria de Direitos Humanos: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VIII)

IX - Ministério da Justiça e Segurança Pública: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IX)

X - Economia Solidária/Ministério do Trabalho: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, X)

XI - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XI)

XII - Ministério da Cultura: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XII)

XIII - Ministério da Educação: 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XIII)

Art. 4º O Colegiado poderá, a seu critério, constituir câmaras técnicas transitórias ou permanentes, para atender aos objetivos do art. 2º, bem como convidar consultores para temas específicos, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 3º)

Art. 5º O Colegiado poderá realizar reuniões ampliadas, quando considerar necessário, convidando para isto coordenadores de saúde mental de outros municípios, atendendo a critérios técnicos e populacionais, bem como outros setores do Ministério da Saúde e representações de entidades científicas e da sociedade civil. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 4º)

Art. 6º O Colegiado reuniar-se-á 2 (duas) vezes por ano, podendo realizar reunião extraordinária, se for considerado necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 5º)

Art. 7º Caberá ao Colegiado estabelecer seu regimento interno e a Secretaria Executiva, ouvida a Secretaria de Atenção à Saúde, instância à qual o Colegiado se reporta. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 6º)

CAPÍTULO II

DO FÓRUM NACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Art. 8º Fica instituído o Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º)

I - funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, I)

II - estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infantojuvenil; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, II)

III - promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população; e (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, III)

IV - produzir conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, IV)

Art. 9º O Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude será composto por representantes das seguintes instâncias: (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º)

I - Área Técnica de Saúde Mental - DAPES/SAS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, I)

II - Área Técnica de Saúde Mental - Política de Álcool e Outras Drogas - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, II)

III - Área Técnica de Saúde da Criança - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, III)

IV - Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, IV)

V - Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, V)

VI - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VII - Departamento de Atenção Básica - SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VII)

VIII - Programa Nacional de DST/AIDS/SVS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VIII)

IX - Representantes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, sendo um representante por região brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, IX)

X - Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, X)

XI - Representantes de Coordenadores de Saúde Mental, sendo um representante por região brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XI)

XII - Conselho Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XII)

XIII - Ministério da Justiça e Segurança Pública; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIII)

XIV - Ministério da Educação; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIV)

XV - Ministério da Cultura; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XV)

XVI - Ministério do Esporte; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVI)

XVII - Conselho Nacional de Procuradores - Promotoria de Defesa à Saúde, do Ministério Público; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVII)

XVIII - Associação de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVIII)

XIX - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIX)

XX - Secretaria Especial de Direitos humanos (SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XX)

XXI - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA/SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXI)

XXII - Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência (CORDE/SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXII)

XXIII - Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais (FEBIEX); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIII)

XXIV - Federação Nacional das APAES; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIV)

XXV - Federação Nacional das Instituições Pestallozzi; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXV)

XXVI - Associação Brasileira de Autismo; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVI)

XXVII - Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVII)

XXVIII - Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVIII)

XXIX - Associação Juízes para a Democracia (AJD); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIX)

XXX - Fórum Nacional de Conselheiros Tutelares; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXX)

XXXI - Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência (ABENEPI); e (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXXI)

XXXII - dois representantes de Movimentos Nacionais de Crianças e Jovens, a serem definidos na primeira reunião deste Fórum. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXXII)

Parágrafo Único. As representações terão assento permanente no fórum, o qual poderá convocar a participação de outros segmentos representativos e de convidados. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

ANEXO III

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Origem: PRT MS/GM 2715/2011)

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, na forma do Anexo 1 do Anexo III , cuja íntegra se encontra disponível no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php. (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL

Art. 3º Fica instituída a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é resultado da integração de duas ações: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e foi construída de forma conjunta entre a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS) e a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS), ambas pertencentes à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 4º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil objetiva: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º)

I - qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º, I)

II - aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º, II)

Art. 5º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil pretende: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º)

I - contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de 2 (dois) anos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, II)

III - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, III)

IV - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas até os 2 (dois) anos de idade ou mais; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, IV)

V - contribuir para a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, V)

VI - contribuir para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VI)

VII - contribuir para a diminuição de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados, principalmente antes dos dois anos de idade; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VII)

VIII - contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VIII)

Art. 6º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil deverá ser implementada por meio de oficinas de formação de tutores e de oficinas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º)

§ 1º As oficinas de formação de tutores têm por objetivo qualificar profissionais de saúde para apoiar o fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS, de forma contínua, considerando a educação permanente em saúde, com base nos princípios da educação crítico- reflexiva. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As oficinas de trabalho nas UBS têm por objetivo discutir a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no contexto do processo de trabalho das UBS; incentivar a pactuação de ações para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, de acordo com a realidade local e; estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º, § 2º)

Art. 7º Os tutores da Estratégia serão os profissionais responsáveis por multiplicar a Estratégia e realizar oficinas de trabalho nas UBS do seu âmbito de atuação, apoiando o planejamento, o acompanhamento e/ou fortalecimento de ações de promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º)

§ 1º O tutor deverá ser apoiador de pelo menos 1 (uma) UBS, oferecendo auxílio de forma contínua. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Aos tutores já formados na Rede Amamenta Brasil e/ou na ENPACS, para ser considerado tutor da EAAB será necessário: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º)

I - participar de Curso de Ensino à Distância sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para fins de incorporação nos conteúdos da Estratégia; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º, I)

II - requerer, junto à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) e/ou Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS), por meio de ofício, a certificação como tutor da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, apresentando o certificado de tutor de uma ou de ambas as estratégias anteriores e o de conclusão do Curso de Ensino à Distância sobre a referida Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º, II)

Art. 8º O acompanhamento da UBS, que faz parte da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, deverá ser realizado por um tutor responsável, juntamente com a equipe de atenção básica, na elaboração, desenvolvimento e execução de um plano de ação para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável. O tutor responsável poderá realizar, de acordo com a realidade local, outras oficinas de trabalho na UBS e/ou atividades complementares, podendo ser: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º)

I - oficina com foco na elaboração, desenvolvimento e acompanhamento do plano de ação; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, I)

II - oficina de manejo do aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, II)

III - oficina sobre a alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, III)

IV - oficina sobre Vigilância Alimentar e Nutricional; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, IV)

V - outras oficinas cuja temática atenda às necessidades da equipe de atenção básica. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, V)

Art. 9º O monitoramento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil será realizado por dois sistemas: Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, tendo como objetivo avaliar de forma periódica e permanente o processo de sua implementação e de mudanças nas práticas alimentares. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 7º)

Art. 10. As equipes de atenção básica que fazem parte da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) poderão receber certificação caso cumpram os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º)

I - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, I)

II - monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, II)

III - dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, III)

IV - cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir "substitutos" do leite materno na UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, IV)

V - contar com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, V)

VI - cumprir pelo menos uma ação de aleitamento materno e uma de alimentação complementar pactuada no plano de ação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 11. Para avaliar o cumprimento dos critérios para a certificação serão utilizadas as seguintes fontes de informação: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º)

I - padrões de qualidade da Auto-avaliação e avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, I)

II - Sistema de Gerenciamento da Estratégia; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, II)

III - Sistema de Informação da Atenção Básica vigente. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, III)

Art. 12. As equipes de atenção básica que fazem parte da Estratégia e que não aderiram ao PMAQ-AB deverão cumprir os mesmos critérios estabelecidos para as equipes de atenção básica integrantes do PMAQ-AB, e poderão receber a certificação por meio do Sistema de Gerenciamento da Estratégia. Para isso, o tutor e as Coordenações municipais de saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão seguir as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10)

I - o tutor da UBS deverá preencher os formulários disponíveis no sistema e informar à Coordenação Municipal que solicitou a certificação junto ao Ministério da Saúde, via ofício emitido pela gerência/coordenação da UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, I)

II - as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão encaminhar o referido ofício para o Ministério da Saúde, ratificando o cumprimento dos critérios exigidos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, II)

III - as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão enviar ofício às Coordenações Estaduais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição informando sobre a solicitação de certificação das UBS; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, III)

IV - o tutor e as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão aguardar a análise, pelo Ministério da Saúde, do pedido de certificação. Posteriormente, o referido Ministério entrará em contato com as Coordenações municipais e estaduais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição, com o tutor e com o gerente/coordenador da UBS para informar sobre o resultado da solicitação de certificação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, IV)

§ 1º A equipes de atenção básica que, após o processo de certificação na Estratégia, fizerem a adesão ao PMAQ-AB, só poderão ser recertificadas com base nas fontes de informação alusivas ao PMAQ-AB, conforme se aplica às equipes já inseridas no programa. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º A peridiocidade de avaliação para certificação de equipes integrantes do PMAQ-AB seguirá o cronograma do Programa. Para as equipes não PMAQ-AB, o cronograma de avaliação será determinado pelas coordenações que coordenam a Estratégia em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, § 2º)

Art. 13. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil será coordenada: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11)

I - em âmbito nacional, pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) e pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, I)

II - em âmbito estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde e no âmbito distrital pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, II)

III - em âmbito municipal, pela Secretaria Municipal de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, III)

Art. 14. São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12)

I - divulgar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, I)

II - pactuar e alocar recursos orçamentários para implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, II)

III - divulgar sistematicamente os resultados do monitoramento das ações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, III)

IV - promover articulação entre as diferentes esferas e serviços. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, IV)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13)

I - fornecer apoio técnico para os estados para implementação da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, I)

II - elaborar materiais de capacitação e apoio; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, II)

III - capacitar profissionais que serão multiplicadores nos Estados; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, III)

IV - acompanhar, monitorar e avaliar a estratégia no âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, IV)

V - disponibilizar o Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para monitoramento da implementação da estratégia e dos dados de aleitamento materno e alimentação complementar coletados pelas equipes de atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, V)

VI - disponibilizar Curso de Ensino à Distância sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para fins de incorporação dos tutores formados na Rede Amamenta Brasil e na ENPACS; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, VI)

VII - certificar as equipes que preencherem os critérios para inclusão da Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, VII)

Art. 16. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14)

I - coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, I)

II - formar tutores em seus Municípios, conforme critérios definidos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, II)

III - fornecer apoio técnico aos Municípios para a consecução da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, III)

IV - monitorar a implementação da Estratégia nos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, IV)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

V - apoiar os Municípios no processo de certificação das equipes de atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, V)

VI - orientar o uso do Sistema de gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, VI)

Art. 17. Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15)

I - coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito do Município; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, I)

II - selecionar os tutores responsáveis pelas Oficinas de Trabalho em aleitamento materno e alimentação complementar nas UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, II)

III - fornecer apoio técnico às equipes de atenção básica para a consecução da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, III)

IV - informar ao Estado a solicitação de certificação das equipes elegíveis; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, IV)

V - orientar o uso do Sistema de Gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, V)

VI - monitorar a implementação da Estratégia na atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VI)

VII - apoiar às Gerências e Equipes das UBS para que: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII)

a) viabilizem as condições necessárias para a realização das Oficinas de Trabalho em AM e AC; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, a)

b) pactuem ações que promovam, protejam e apoiem a amamentação e alimentação complementar saudável; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, b)

c) construam instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para atendimento em amamentação e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, c)

d) cumpram a NBCAL; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, d)

e) envolvam na Estratégia no mínimo 85% da equipe de atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, e)

f) alimentem continuamente o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, f)

g) analisem criticamente os indicadores da UBS e dar-lhes visibilidade. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, g)

CAPÍTULO II
DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH)

Art. 18. Fica definida a estrutura e a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH), de acordo com as normas constantes do Anexo 2 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Art. 1º)

Art. 19. Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, a designação dos integrantes da Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) de que trata o Anexo 2 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Art. 2º)

CAPÍTULO III
DA PREVENÇÃO DE CONTAMINAÇÃO PELO HIV, POR INTERMÉDIO DO ALEITAMENTO MATERNO E DOS PROCEDIMENTOS ÉTICOS, LEGAIS E MORAIS NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO SEM RISCO

Art. 20. Para a prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno, deverão ser consideradas as seguintes medidas: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º)

I - o aleitamento materno cruzado não deve ser realizado, incluindo aquele às vezes praticado nos sistemas de alojamento conjunto e pelas tradicionais amas-de-leite; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, I)

II - as mulheres infectadas pelo HIV não devem amamentar seus próprios filhos, nem doar leite; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, II)

III - os filhos de mães infectadas pelo HIV que necessitam do leite materno como fator de sobrevivência, poderão receber leite de suas próprias mães, desde que adequadamente pasteurizado; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, III)

IV - os Bancos de Leite Humano utilizarão somente leite ou colostro, após adequada pasteurização, como aquecimento a 62,5°C por 30 minutos, observado que: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV)

a) essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% de todas as partículas de HIV possíveis de serem encontradas no leite humano; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, a)

b) o simples congelamento ou liofilização, sem pasteurização prévia, não garante a inativação do HIV; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, b)

c) a pasteurização é uma prática obrigatória em todos os bancos de leite. (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, c)

V - a seleção de doadores de bancos de leite deve obedecer aos critérios estabelecidos no Capítulo II; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, V)

VI - as mães em situação de risco para o HIV, antes de amamentarem seus filhos, devem, preferencialmente no pré-natal, ser orientadas a se submeterem a teste sorológico, devendo, para tal, realizar aconselhamento pré e pós-teste; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VI)

VII - são consideradas como situações de risco para o HIV, as mulheres: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII)

a) usuárias de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas/seringas e/ou com parceiros usuários de drogas injetáveis; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, a)

b) que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados e/ou com parceiros que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados a partir de 1980; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, b)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

c) que mantenham relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros e/ou com parceiros que mantenham relações sexuais sem proteção com um ou múltiplos parceiros (homens ou mulheres); (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, c)

d) com histórico de doenças sexualmente transmissíveis e/ou parceiros com histórico de doenças sexualmente transmissíveis a partir de 1980. (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, d)

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE FORTIFICAÇÃO DE FARINHAS DE TRIGO, DE MILHO E DE SEUS SUBPRODUTOS

Art. 21. Fica instituída a Comissão Interinstitucional para Implementação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Fortificação de Farinhas de Trigo, de Milho e de seus Subprodutos. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 1º)

Art. 22. A Comissão Interinstitucional será composta por um representante - titular e suplente - de cada um dos seguintes órgãos, entidades e instituições, e atuará sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I, a)

b) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I, b)

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, III)

IV - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, IV)

V - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, V)

VI - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VI)

VII - Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VII)

VIII - Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VIII)

IX - Associação Brasileira das Indústrias Moageiras de Milho (ABIMILHO); e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, IX)

X - Associação Brasileira das Indústrias do Trigo (ABITRIGO). (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, X)

Art. 23. Compete à Comissão: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º)

I - propor medidas destinadas a implementar as ações para fortificação das farinhas de trigo e de milho; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, I)

II - acompanhar e monitorar a fortificação das farinhas de trigo, de milho e de seus subprodutos, bem como discutir a efetividade das ações adotadas; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, II)

III - estabelecer estratégias de informação, de comunicação, de educação e de mobilização social com vistas à redução da prevalência de anemia e dos defeitos do tubo neural. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, III)

Art. 24. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º)

I - promover a integração e a coordenação de todos os setores envolvidos na fortificação das farinhas de trigo, de milho e de seus subprodutos; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, I)

II - definir estratégia de divulgação da fortificação às Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios e de outras instituições relacionadas de acordo com o pactuado no âmbito da Comissão; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, II)

III - promover, com apoio dos componentes da Comissão, a produção e a distribuição de materiais educativos e informativos, para profissionais de saúde e relacionados, indústrias produtoras de farinha de trigo e de milho e para a população em geral; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, III)

IV - promover ações educativas e de comunicação, com vistas a esclarecer a população sobre a importância do consumo de ferro e do ácido fólico, bem como sobre os papéis desses micronutrientes na prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro e na redução da incidência do nascimento de crianças com defeitos do tubo neural; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, IV)

V - delinear, desenvolver e apoiar estudos e pesquisas que avaliem os processos e os resultados de impacto da fortificação das farinhas, em nível nacional, regional e local; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, V)

VI - apoiar e fomentar, com apoio dos componentes da Comissão a realização de inquéritos e/ou levantamentos epidemiológicos referentes às patologias decorrentes da deficiência de ferro e de ácido fólico; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, VI)

VII - estabelecer parcerias com outras áreas do Ministério da Saúde, órgãos e instituições governamentais e não governamentais, para o fomento de atividades complementares, com o objetivo de promover ações destinadas à prevenção e ao controle da anemia por deficiência de ferro e dos defeitos do tubo neural acarretados pela deficiência de ácido fólico. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, VII)

Art. 25. Compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º)

I - implantar e implementar o monitoramento nacional das farinhas de trigo e de milho produzidas em todos os moinhos e indústrias, bem como dos produtos expostos no mercado; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, I)

II - coordenar e regulamentar as ações de controle higiênicosanitário dos estabelecimentos produtores de farinhas de trigo e de milho e do produto exposto à comercialização; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, II)

III - analisar e divulgar, sistematicamente, os resultados do controle e do monitoramento das farinhas de trigo e de milho; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, III)

IV - promover a inserção dos laboratórios oficiais em programas de controle de qualidade analítica; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, IV)

V - promover a sensibilização do setor produtivo com vistas a atender à legislação sanitária vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, V)

VI - monitorar as farinhas de trigo e de milho importadas quanto ao cumprimento da legislação vigente, em especial quanto aos teores de ferro e de ácido fólico. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 26. Cabe a cada membro da Comissão Interinstitucional fornecer as informações necessárias para o acompanhamento e avaliação periódica da fortificação das farinhas de trigo e de milho. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º)

§ 1º As competências e atribuições dos demais componentes da Comissão serão estabelecidas no Regimento Interno a ser elaborado pela Comissão Interinstitucional a partir da data de sua instalação, submetendo-o à aprovação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Cada membro da Comissão Interinstitucional deverá compilar e fornecer toda informação necessária, a ser analisada em conjunto, para o acompanhamento e a avaliação periódica da fortificação das farinhas de trigo e de milho. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º, § 2º)

Art. 27. A Comissão Interinstitucional reunir-se-á, ordinariamente, duas vezes por ano, e, extraordinariamente, quando convocada por seu coordenador ou por solicitação de qualquer um de seus membros, cabendo neste último caso a apreciação do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 7º)

Art. 28. A Comissão Interinstitucional poderá convidar cientistas, especialistas ou pesquisadores de instituições acadêmicas ou científicas de organismos internacionais, bem como representantes da sociedade civil para colaborarem na análise de assuntos específicos. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 8º)

ANEXO 1 DO ANEXO III

POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Anexo 1)

Política Nacional de Alimentação e Nutrição

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, consequentemente, da fome e desnutrição. Por outro lado, observa-se aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

A completar-se dez anos de publicação da PNAN, deu-se início ao processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a consolidar-se como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde.

Em parceria com a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), do Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, conduziu um amplo e democrático processo de atualização e aprimoramento da Política, por meio de 26 Seminários Estaduais e do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN 10 anos que contaram com a presença de conselheiros estaduais e municipais de saúde; entidades da sociedade civil; entidades de trabalhadores de saúde; gestores estaduais e municipais de Alimentação e Nutrição e da Atenção Básica; conselheiros estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional; Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição vinculados a universidades e especialistas em políticas públicas de saúde e de alimentação e nutrição.

Nesta nova edição, a PNAN apresenta-se com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira.

Está organizada, também, em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações.

Brasília, 17 de novembro de 2011

Ministério da Saúde

1 INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, consequentemente, da fome e escassez de alimentos, com melhoria ao acesso e variedade destes, além da garantia da disponibilidade média de calorias para consumo, embora ainda existam cerca de 16 milhões de brasileiros vivendo na pobreza extrema. A diminuição da fome e da desnutrição veio acompanhada do aumento vertiginoso da obesidade em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

A alimentação e nutrição estão presentes na legislação recente do Estado Brasileiro, com destaque para a Lei 8080, de 19/09/1990 (BRASIL, 1990), que entende a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde e que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde.

Na última década, o principal avanço foi a incorporação da alimentação como um direito social. A Emenda Constitucional n° 64, aprovada em 2010, introduziu no art. 6° da Constituição Federal a alimentação como direito (BRASIL, 1990). Nesse sentido, o Estado Brasileiro, ocupado com a construção de uma nova abordagem para atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável, publicou a Lei 11.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006a) e o Decreto 7272/2010 - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010b). Tanto a Lei como o Decreto apresentam entre as suas bases diretivas o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde.

Na saúde, ressalta-se a publicação do Decreto 7508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei 8080, com a instituição da Rede de Atenção à Saúde e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que possibilitarão avanços para a organização e oferta das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

Outras Políticas da saúde somam-se aos princípios e diretrizes da PNAN no estabelecimento da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional. A Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção à Saúde são orientadas nesse sentido.

A determinação social da saúde assim como a promoção e prevenção de agravos estão presentes em diversos documentos internacionalmente conhecidos, como o Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, publicado em 2008, a Estratégia Global para a Alimentação do Bebê e da Criança Pequena (2002) e a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (2004).

Os documentos apontam para a necessidade de formulação e implantação de estratégias nacionais, locais e regionais efetivas e integradas para a redução da morbi-mortalidade relacionada à alimentação inadequada e ao

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

sedentarismo, com recomendações e indicações adaptadas frente às diferentes realidades dos países e integradas às suas políticas, com vistas a garantir aos indivíduos a capacidade de fazer escolhas saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, prevendo ações de caráter regulatório, fiscal e legislativo que visem tornar essas escolhas factíveis à população.

O aleitamento materno, que deve ser a primeira prática alimentar dos indivíduos, é necessário para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças. O Brasil adota as recomendações internacionais, recomendando o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até o segundo ano de vida (BRASIL, 2009a). Segundo a Pesquisa Nacional de demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, 95% das crianças brasileiras foram alguma vez amamentadas, mas esse número cai drasticamente ao longo dos dois primeiros anos de vida. Segundo a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno no Conjunto das Capitais Brasileiras e DF, realizada em 2008, a mediana de aleitamento materno exclusivo foi 54 dias e a mediana do aleitamento materno total, que deveria ser de 24 meses, foi 341,6 dias (11,2 meses) (BRASIL, 2009c). Atualmente, segundo a pesquisa, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses é de 41%.

A transição do aleitamento materno para os alimentos consumidos pela família é o período denominado como alimentação complementar, que deve ser iniciada aos seis meses de idade e concluída aos 24 meses. A introdução de alimentos deve ser feita em tempo oportuno, em quantidade e qualidade adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil. Esse é o momento em que os primeiros hábitos são adquiridos e formados e a correta inserção dos alimentos tem o papel de promoção à saúde e hábitos saudáveis, além de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas na idade adulta. Segundo a PNDS, a introdução precoce de alimentos, antes dos dois meses de idade, era uma prática em 14% das crianças, evoluindo para mais de 30% nas crianças entre quatro e cinco meses (BRASIL, 2009a).

A dieta habitual dos brasileiros é composta por diversas influências e atualmente é fortemente caracterizada por uma combinação de uma dieta dita “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultraprocessados, com altos teores de gorduras, sódio e açúcar e com baixo teor de micronutrientes e alto conteúdo calórico. O consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira e manteve-se estável na última década, enquanto alimentos ultraprocessados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano.

As diferenças de renda são expressas no padrão de consumo alimentar dos diferentes estratos. A dieta dos brasileiros de mais baixa renda apresenta melhor qualidade, com predominância do arroz, feijão aliados a alimentos básicos como peixes e milho. A frequência de alimentos de baixa qualidade nutricional como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados, tende a crescer com o aumento da renda das famílias.

O padrão de consumo também varia de acordo com os grupos etários. Entre os mais novos, é maior o consumo de alimentos ultraprocessados, que tendem a diminuir com o aumento da idade, enquanto o inverso é observado entre as frutas e hortaliças. Os adolescentes são o grupo com pior perfil da dieta, com as menores frequências de consumo de feijão, saladas e verduras em geral, apontando para um prognóstico de aumento do excesso de peso e doenças crônicas.

Os brasileiros residentes na zona rural, quando comparados com os residentes da zona urbana, apresentam maiores frequências de consumo de alimentos básicos, com melhor qualidade da dieta, havendo predomínio de consumo de alimentos como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes. Na zona urbana, observa-se um maior consumo de alimentos ultraprocessados. As regiões geográficas também imprimem a sua identidade alimentar, sendo mais frequente, na região norte, o consumo de farinha de mandioca, açaí e peixe fresco; no Nordeste: ovos e biscoitos salgados; no Centro-Oeste: arroz, feijão, carne bovina e leite; no Sudeste e Sul: pão francês, massas, batata inglesa, queijos, iogurtes e refrigerantes. Em algumas regiões as tradições culturais resistem às mudanças, enquanto que, em outras, essas tradições estão sendo descaracterizadas, havendo perda da identidade cultural alimentar.

O estilo de vida atual favorece a um maior número de refeições realizadas fora do domicílio: em 2009, 16% das calorias foram oriundas da alimentação fora de casa. Essa é composta, na maioria dos casos, por alimentos industrializados e ultraprocessados como refrigerantes, cerveja, sanduíches, salgados e salgadinhos industrializados, imprimindo um padrão de alimentação que, muitas vezes, é repetido no domicílio.

A transição nutricional foi acompanhada pelo aumento da disponibilidade média de calorias para consumo. Em 2009 o consumo energético diário médio da população foi superior ao recomendado de 2000 kcal, o que é mais um fator contributivo para o aumento do excesso de peso. Essa média se assemelha às encontradas em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, com as maiores médias entre os adolescentes do sexo masculino e as menores entre os idosos.

O declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar têm relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas.

Com relação às doenças relacionadas às deficiências de micronutrientes, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, reafirmou que as deficiências de ferro e vitamina A ainda persistem como problemas de saúde pública no Brasil: 17,4% das crianças e 12,3% das mulheres em idade fértil apresentam hipovitaminose A, enquanto 20,9% e 29,4% desses grupos populacionais, respectivamente, apresentam anemia por deficiência de ferro. Estudos regionais apontam para uma prevalência média de cerca de 50% de anemia ferropriva em crianças menores de cinco anos de idade.

A melhoria ao acesso à saúde e à renda da população deveriam ter impactado na melhoria dos indicadores relativos à deficiência de micronutrientes, carências que, aparentemente, estavam sanadas, como no caso da hipovitaminose A e outras deficiências, como o ressurgimento de casos de Beribéri em alguns estados brasileiros, e o desajuste do consumo de iodo por adultos, provenientes do consumo excessivo do sal de cozinha iodado.

A sociedade brasileira vivenciou uma peculiar e rápida transição nutricional: de um país que apresentava altas taxas de desnutrição, na década de 1970, passou a ser um país com metade da população adulta com excesso de peso, em 2008. A redução da desnutrição em crianças menores de cinco anos foi intensa nas últimas décadas. Nesse sentido, a associação de políticas econômicas e sociais, particularmente na década de 2000, foi fundamental para o Brasil avançar na redução das desigualdades internas. Entre 1989 e 2006, o Brasil alcançou as metas relativas à redução da desnutrição infantil do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (indicador do ODM de erradicação da pobreza extrema e fome): “Prevalência de crianças (com menos de cinco anos) abaixo do peso” caiu mais de quatro vezes (de 7,1% para 1,7%), enquanto o déficit de altura diminuiu para cerca de um terço no mesmo período (de 19,6% para 6,7%).

No entanto, os avanços são desiguais. Ainda persistem altas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população, como entre as crianças indígenas (26%), quilombolas (16%), residentes na região norte do país (15%) e aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda (15%), afetando principalmente crianças e mulheres que vivem em bolsões de pobreza. Apesar das diferenças entre os grupos étnicos e regiões geográficas, a maior redução das prevalências de desnutrição infantil se deu na Região Nordeste e nas populações mais pobres do país, sendo os principais fatores responsáveis por esses avanços: o aumento da escolaridade materna, o aumento da renda familiar, o maior acesso aos serviços da rede de atenção básica de saúde e a expansão do saneamento básico.

Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como em vários países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade - é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

faixas etárias. Em vinte anos, as prevalências de obesidade em crianças entre 5 a 9 anos foram multiplicadas por quatro entre os meninos (4,1% para 16,6%) e por, praticamente, cinco entre as meninas (2,4% para 11,8%). Nos adolescentes, após quatro décadas de aumento gradual nas prevalências, em torno de 20% apresentaram excesso de peso (com pequena diferença entre os sexos) e quase 6% dos adolescentes do sexo masculino e 4% do sexo feminino foram classificados como obesos.

Na população adulta, houve aumento do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e de renda. A obesidade cresceu de 2,8% em homens e 7,8% em mulheres para 12,5% entre homens e 16,9% entre as mulheres nos períodos entre 1974-1975 e 2008-2009, de modo que o excesso de peso alcançou 50,1% nos homens e 48,0% nas mulheres. Atualmente, a obesidade tem prevalências semelhantes entre as mulheres de todos os níveis de renda, mas, entre os homens, a obesidade entre os vinte por cento mais ricos da população é o dobro das prevalências encontradas entre o quinto mais pobre. A renda média da população brasileira apresentou um incremento nas últimas décadas e as doenças crônicas, com foco para obesidade, passaram a apresentar taxas semelhantes entre os grupos.

As doenças crônicas são a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil. Nos últimos anos, os percentuais de hipertensão arterial sistêmica e diabetes vêm se mantendo estáveis, embora a obesidade esteja em ascensão. Segundo o VIGITEL, a obesidade avança anualmente cerca de 1% entre os adultos. O aumento da obesidade está fortemente ligado ao consumo alimentar e à prática de atividade física. Seus determinantes são de natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de questões ambientais, o que torna a obesidade uma doença multifatorial. Esses fatores interagem de forma complexa, exigindo que a obesidade seja tratada, tendo em vista toda a sua complexidade e determinação social. O Estudo de Carga Global de Doenças no Brasil revela que 58% dos anos de vida perdidos precocemente se devem às doenças crônicas não transmissíveis.

Os indicadores de saúde e nutrição refletem as desigualdades de renda e raça que ainda persistem no país: mulheres negras e de baixa renda apresentam maiores percentuais de doenças crônicas quando comparadas a mulheres, da mesma idade, brancas e de renda mais alta. Entre os homens, a obesidade está mais presente entre os de renda mais alta, embora cresça em todos os estratos.

O desenvolvimento econômico deve ser acompanhado pelo setor saúde para que as populações que tenham incremento de renda também tenham melhorias de acesso e condições de saúde.

O cenário epidemiológico apresentado reflete os avanços do Brasil na luta contra a fome e a desnutrição, embora ainda existam populações vulneráveis a esses agravos. O acelerado crescimento do excesso de peso em todas as faixas etárias e de renda deixa clara a necessidade de medidas de controle e prevenção do ganho de peso. Se essas ações não forem implementadas, estima-se que em vinte anos cerca de 70% dos brasileiros estarão com excesso de peso no Brasil.

O enfrentamento desse quadro clama por ações nos diversos setores, desde a produção à comercialização final dos alimentos e com a garantia de ambientes que propiciem a mudança de conduta dos indivíduos e da sociedade. Ciente de sua responsabilidade sanitária, frente a esse cenário, a PNAN constitui-se uma resposta oportuna e específica do SUS para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira, ao tempo em que promove a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional para todas as fases do curso da vida.

2 PROPÓSITO

A PNAN tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

3 PRINCÍPIOS

A PNAN tem por pressupostos os direitos à Saúde e à Alimentação e é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular), aos quais se somam os princípios a seguir:

A Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde: a alimentação expressa as relações sociais, valores e história do indivíduo e dos grupos populacionais e tem implicações diretas na saúde e na qualidade de vida. A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde, na valorização do ser humano, para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde.

O respeito à diversidade e à cultura alimentar: a alimentação brasileira, com suas particularidades regionais, é a síntese do processo histórico de intercâmbio cultural, entre as matrizes indígena, portuguesa e africana que se somam, por meio dos fluxos migratórios, às influências de práticas e saberes alimentares de outros povos que compõem a diversidade sociocultural brasileira. Reconhecer, respeitar, preservar, resgatar e difundir a riqueza incomensurável de alimentos e práticas alimentares correspondem ao desenvolvimento de ações com base no respeito à identidade e cultura alimentar da população.

O fortalecimento da autonomia dos indivíduos: o fortalecimento ou ampliação dos graus de autonomia para as escolhas e práticas alimentares implica, por um lado, um aumento da capacidade de interpretação e análise do sujeito sobre si e sobre o mundo e, por outro, a capacidade de fazer escolhas, governar e produzir a própria vida. Para tanto, é importante que o indivíduo desenvolva a capacidade de lidar com as situações, a partir do conhecimento dos determinantes dos problemas que o afetam, encarando-os com reflexão crítica. Diante dos interesses e pressões do mercado comercial de alimentos, bem como das regras de disciplinamento e prescrição de condutas dietéticas em nome da saúde, ter mais autonomia significa conhecer as várias perspectivas, poder experimentar, decidir, reorientar, ampliar os objetos de investimento relacionados ao comer e poder contar com pessoas nessas escolhas e movimentos. Há uma linha tênue entre dano e prazer que deve ser continuamente analisada, pois leva os profissionais de saúde, frequentemente, a se colocarem nos extremos da omissão e do governo exacerbado dos outros. Para isso, deve-se investir em instrumentos e estratégias de comunicação e educação em saúde que apoiem os profissionais de saúde em seu papel de socialização do conhecimento e da informação sobre alimentação e nutrição e de apoio aos indivíduos e coletividades na decisão por práticas promotoras da saúde.

A determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição: o conhecimento das determinações socioeconômicas e culturais da alimentação e nutrição dos indivíduos e coletividades contribui para a construção de formas de acesso a uma alimentação adequada e saudável, colaborando com a mudança do modelo de produção e consumo de alimentos que determinam o atual perfil epidemiológico. A busca pela integralidade na atenção nutricional pressupõe a articulação entre setores sociais diversos e se constitui em uma possibilidade de superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais e institucionais, de modo a responder aos problemas de alimentação e nutrição vivenciados pela população brasileira.

A segurança alimentar e nutricional com soberania: a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é estabelecida no Brasil como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A Soberania Alimentar se refere ao direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e de produzir alimentos saudáveis e culturalmente adequados, acessíveis, de forma sustentável e ecológica, colocando aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências de mercado.

4 DIRETRIZES

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

As diretrizes que integram a PNAN indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. Sendo consolidadas em:

1. Organização da Atenção Nutricional;

2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;

3. Vigilância Alimentar e Nutricional;

4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;

5. Participação e Controle Social;

6. Qualificação da Força de Trabalho;

7. Controle e Regulação dos Alimentos;

8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;

9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

4.1 Organização da Atenção Nutricional

A atual situação alimentar e nutricional do País torna evidente a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e à promoção da saúde. Incluem-se, ainda, as ações de vigilância para proporcionar a identificação de seus determinantes e condicionantes, assim como das regiões e populações mais vulneráveis.

Dessa forma, a atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

A atenção nutricional tem como sujeitos os indivíduos, a família e a comunidade. Os indivíduos apresentam características específicas e entre os elementos de sua diversidade está a fase do curso da vida em que se encontram, além da influência da família e da comunidade em que vivem. Todas as fases do curso da vida devem ser foco da atenção nutricional, no entanto cabe a identificação e priorização de fases mais vulneráveis aos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

As famílias e comunidades devem ser entendidas como “sujeitos coletivos” que têm características, dinâmicas, formas de organização e necessidades distintas, assim como apresentam diferentes respostas a fatores que possam lhes afetar. Também devem ser consideradas as especificidades dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais, como a população negra, quilombolas e povos indígenas, entre outros, assim como as especificidades de gênero.

A atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. A Atenção Básica, pela sua capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população, sob sua responsabilidade, contribui para que a organização da atenção nutricional parta das necessidades dos usuários.

Nesse intuito, o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na RAS deverá ser iniciado pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e equipes de Atenção Básica. A vigilância alimentar e nutricional possibilitará a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

Para este diagnóstico deverão ser utilizados o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e outros sistemas de informação em saúde para identificar indivíduos ou grupos que apresentem agravos e riscos para saúde, relacionados ao estado nutricional e ao consumo alimentar. De modo a identificar possíveis determinantes e condicionantes da situação alimentar e nutricional da população, é importante que as equipes de Atenção Básica incluam em seu processo de territorialização a identificação de locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, costumes e tradições alimentares locais, entre outras características do território, onde vive a população, que possam relacionar-se aos seus hábitos alimentares e estado nutricional.

A atenção nutricional deverá priorizar a realização de ações no âmbito da Atenção Básica, mas precisa incluir, de acordo com as necessidades dos usuários, outros pontos de atenção à saúde, como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços especializados, hospitais, atenção domiciliar, entre outros no âmbito do SUS. Assim como ações em diferentes equipamentos sociais (governamentais ou não) que possam contribuir com o cuidado integral em saúde por meio da intersetorialidade.

Nesse contexto, as práticas e processos de acolhimento precisam considerar a alimentação e nutrição como determinantes de saúde e levar em conta a subjetividade e complexidade do comportamento alimentar. O que implica disseminar essas concepções entre os profissionais, contribuindo para a qualificação de sua escuta e capacidade resolutiva em uma perspectiva humanizada. Na organização da atenção nutricional devem ser consideradas outras racionalidades terapêuticas possibilitando a incorporação das práticas integrativas e complementares nos cuidados relativos à alimentação e nutrição no SUS.

A atenção nutricional, no âmbito da atenção básica, deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde do seu território, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade. Diante do atual quadro epidemiológico do país, são prioritárias as ações preventivas e de tratamento da obesidade, da desnutrição, das carências nutricionais específicas e de doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à alimentação e nutrição. Também constituem demandas para a atenção nutricional, no SUS, o cuidado aos indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais, como as decorrentes dos erros inatos do metabolismo, transtornos alimentares, entre outros.

Para a prática da atenção nutricional no âmbito da Atenção Básica, as equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada, com a participação de profissionais da área de alimentação e nutrição que deverão instrumentalizar os demais profissionais para o desenvolvimento de ações integrais nessa área, respeitando seu núcleo de competências.

As ações de prevenção das carências nutricionais específicas por meio da suplementação de micronutrientes (ferro, vitamina A, dentre outros) serão de responsabilidade dos serviços de Atenção Básica, em acordo com o disposto nas normas técnicas dos programas de suplementação. As unidades hospitalares- maternidades colaboram na implementação dos programas de suplementação de micronutrientes, em especial na suplementação de vitamina A para puérperas no pós-parto.

Embora a Atenção Básica seja a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema de saúde, as demandas para a atenção nutricional podem ser identificadas em outros pontos da rede de atenção à saúde. Dessa forma, a atenção nutricional nos demais pontos de atenção à saúde também deve ser realizada dentro de uma rede integrada de cuidados de forma transversal a outras políticas específicas e com a participação de equipes multidisciplinares, respeitando-se as atividades particulares dos profissionais que as compõem, assim como na Atenção Básica. Nesse sentido faz-se necessária a elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas que orientem a organização dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde. Deverão ainda ser normatizados os critérios

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

para o acesso a alimentos para fins especiais de modo a promover a equidade e a regulação no acesso a esses produtos.

No âmbito hospitalar, é necessário promover a articulação entre o acompanhamento clínico e o acompanhamento nutricional, tendo em vista a relevância do estado nutricional para a evolução clínica dos pacientes; assim como a interação destes com os serviços de produção de refeições e os serviços de terapia nutricional, entendendo que a oferta de alimentação adequada e saudável é componente fundamental nos processos de recuperação da saúde e prevenção de novos agravos nos indivíduos hospitalizados.

No contexto da garantia da oferta de alimentação adequada e saudável, ressalta-se a importância de que a rede de atenção à saúde constitua-se em uma rede de apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Para tanto, deve-se incentivar e favorecer a prática do aleitamento materno (exclusivo até o 6º mês e complementar até os 2 anos) e a doação de leite humano em diversos serviços de saúde, de forma articulada aos Bancos de Leite Humano, para ampliar a oferta de leite materno nas situações de agravos maternos e infantis que impossibilitem a prática do aleitamento materno.

A incorporação organizada e progressiva da atenção nutricional deverá resultar em impacto positivo na saúde da população.

4.2 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

Entende-se por alimentação adequada e saudável a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) é uma das vertentes da Promoção à Saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país. Assim, as ações de promoção da saúde constituem-se formas mais amplas de intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

A PAAS é aqui compreendida como um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Considerando-se que o alimento tem funções transcendentes ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados.

A implantação dessa diretriz da PNAN fundamenta-se nas dimensões de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e deve combinar iniciativas focadas em (i) políticas públicas saudáveis; (ii) criação de ambientes favoráveis à saúde nos quais indivíduo e comunidades possam exercer o comportamento saudável; (iii) o reforço da ação comunitária; (iv) o desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes e (v) a reorientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde.

Nesse contexto, a PAAS objetiva a melhora da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes (físico, social, político, econômico e cultural), de caráter amplo e que possam responder às necessidades de saúde da população, contribuindo para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas associadas e outras relacionadas à alimentação e nutrição.

O elenco de estratégias na saúde direcionadas à PAAS envolve a educação alimentar e nutricional que se soma às estratégias de regulação de alimentos - envolvendo rotulagem e informação, publicidade e melhoria do perfil nutricional dos alimentos - e ao incentivo à criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada e saudável, incidindo sobre a oferta de alimentos saudáveis nas escolas e nos ambientes de trabalho. A oferta de alimentos saudáveis também deve ser estimulada entre pequenos comércios de alimentos e refeições da chamada “comida de rua”.

Nesse sentido, pressupõe-se o compromisso do setor saúde na articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais em diferentes esferas de governo e junto à sociedade. Organizar as ações de PAAS implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, identificar e analisar de forma crítica, além de enfrentar hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes estão submetidos.

O desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação e nutrição implica pensar a educação alimentar e nutricional como processo de diálogo entre profissionais de saúde e a população, de fundamental importância para o exercício da autonomia e do auto-cuidado. Isso pressupõe, sobretudo, trabalhar com práticas referenciadas na realidade local, problematizadoras e construtivistas, considerando-se os contrastes e as desigualdades sociais que interferem no direito universal à alimentação. Para isso, constitui-se prioridade a elaboração e pactuação de agenda integrada - intra e intersetorial - de educação alimentar e nutricional para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas com os diversos setores afetos ao tema.

A responsabilidade das equipes de saúde com relação à PAAS deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo- se nos demais equipamentos sociais como espaços comunitários de atividade física e práticas corporais, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social e ambientes de trabalho, entre outros.

O conjunto das ações de PAAS, aliado às demais ações de promoção da saúde, contribui com a ampliação do escopo das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento dos indivíduos e das comunidades, com a superação do modelo biomédico, pautado pela doença, e de desafios como (i) a abordagem que se limita à produção e à oferta de informações técnico-científicas; (ii) a frágil integração do conhecimento científico ao popular, e (iii) a ainda insuficiente apropriação das dimensões cultural e social como determinantes dos hábitos alimentares.

Pela natureza das ações de PAAS, a participação popular é fundamental e deve ocorrer desde o diagnóstico da realidade e definição de objetivos até a implantação das ações, estando refletida nas discussões das instâncias de participação e controle social. Assim, deve ser incentivada a incorporação da dimensão da alimentação adequada e saudável nos conteúdos e estratégias dos movimentos sociais da educação popular em saúde e das capacitações para gestão participativa das instâncias de controle do SUS. Além da mobilização social, deve ser considerada a participação dos setores público e privado na elaboração e execução das estratégias.

4.3 Vigilância Alimentar e Nutricional

A vigilância alimentar e nutricional consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

Deverá fornecer dados desagregados para os distintos âmbitos geográficos, categorias de gênero, idade, raça/etnia, populações específicas (como indígenas e povos e comunidades tradicionais) e outras de interesse para um amplo entendimento da diversidade e dinâmicas nutricional e alimentar da população brasileira. O seu fortalecimento institucional possibilitará documentar a distribuição, magnitude e tendência da transição nutricional, identificando seus desfechos, determinantes sociais, econômicos e ambientais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A vigilância alimentar e nutricional subsidiará o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e à qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS. Contribuirá, também, com o controle e a participação social e o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios.

O Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), operado a partir da atenção básica à saúde, tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida.

Deverá apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar.

Destaque deve ser dado à vigilância alimentar e nutricional de povos e comunidades tradicionais e de grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e iniquidade.

Ao Sisvan deverão ser incorporados o acompanhamento nutricional e o de saúde das populações assistidas pelos programas de transferência de renda no sentido de potencializar os esforços desenvolvidos pelas equipes de saúde, qualificando a informação e a atenção nutricional dispensada a essas famílias.

Na perspectiva de integração e da organização da saúde indígena, buscando a superação da extrema vulnerabilidade nutricional dessas populações, deverá ser destacada a vigilância alimentar e nutricional com a integração e operacionalização dos sistemas de informação existentes.

Para o diagnóstico amplo, nos territórios sob a responsabilidade da atenção básica à saúde, é necessária a análise conjunta dos dados de vigilância alimentar e nutricional com outras informações de natalidade, morbidade, mortalidade, cobertura de programas e dos serviços de saúde, entre outras disponíveis nos demais sistemas de informação em saúde.

A vigilância alimentar e nutricional deverá contribuir com outros setores de governo, com vistas ao monitoramento do padrão alimentar e dos indicadores nutricionais que compõem o conjunto de informações para a vigilância da Segurança Alimentar e Nutricional.

As chamadas nutricionais consistem em pesquisas transversais realizadas em datas estratégicas - como o “dia nacional de imunização” - permitindo estudos sobre aspectos da alimentação e nutrição infantil, bem como de políticas sociais de transferência de renda e de acesso aos alimentos direcionados a esse público. Devem ser implementadas nos diferentes níveis, do local ao nacional.

No campo dos inquéritos populacionais, é fundamental a garantia da realização regular e contínua de pesquisas que abordem a disponibilidade domiciliar de alimentos, o consumo alimentar pessoal e o estado nutricional da população brasileira, tais como as Pesquisas de Orçamentos Familiares, realizadas, pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). Também deverão ser garantidos inquéritos regulares sobre a saúde e nutrição materna e infantil, tais como as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS).

Com vistas a subsidiar a gestão, os indicadores de alimentação e nutrição deverão ser reforçados nos sistemas de acompanhamento da situação de saúde da população, com a inclusão nas salas de situação em saúde e a constituição de centros de informação em alimentação e nutrição, destacando sua utilização nos instrumentos de planejamento e pactuação do SUS.

4.4 Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição

A PNAN, além de se constituir como uma referência política e normativa para a realização dos direitos à alimentação e à saúde, representa uma estratégia que articula dois sistemas: o Sistema Único de Saúde, seu lócus institucional, e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), espaço de articulação e coordenação intersetorial.

Sua natureza transversal às demais políticas de saúde e seu caráter eminentemente intersetorial colocam o desafio da articulação de uma agenda comum de alimentação e nutrição com os demais setores do governo e sua integração às demais políticas, programas e ações do SUS. Assim, as estruturas gerenciais devem possibilitar a construção de estratégias capazes de elaborar e concretizar processos, procedimentos e fluxos de gestão, em consonância com as suas realidades organizacionais e que promovam a formulação, a implementação e o monitoramento das suas ações de alimentação e nutrição.

Cabe aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, promover a implementação da PNAN por meio da viabilização de parcerias e da articulação interinstitucional necessária para fortalecer a convergência dela com os Planos de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional.

O aperfeiçoamento dos processos de planejamento e avaliação das ações deve ser estimulado para subsidiar a pactuação e a incorporação das ações nos instrumentos de gestão.

A pactuação entre as esferas de governo para a efetivação da PNAN deve respeitar todos os preceitos e instâncias praticados no SUS, para que suas ações possam ser assumidas e incorporadas pelos gestores das três esferas de governo no contexto da rede de atenção à saúde e, com isso, consolidarem-se em todo o território nacional.

Para o alcance da melhoria das condições de alimentação e nutrição da população, faz-se necessário garantir estratégias de financiamento tripartite para implementação das diretrizes da PNAN, tendo como prioridade:

• A aquisição e distribuição de insumos para prevenção e tratamento das carências nutricionais específicas;

• A adequação de equipamentos e estrutura física dos serviços de saúde para realização das ações de vigilância alimentar e nutricional;

• A garantia de processo de educação permanente em alimentação e nutrição para trabalhadores de saúde;

• A garantia de processos adequados de trabalho para a organização da atenção nutricional no SUS.

No âmbito da Cooperação Internacional, a trajetória brasileira das políticas públicas de alimentação enutrição e de segurança alimentar e nutricional pode contribuir de forma solidária para o desenvolvimento de políticas de nutrição em outros países. Para tanto, devem ser incorporados à política externa brasileira os princípios do direito humano à alimentação, da soberania e segurança alimentar e nutricional, no escopo dos acordos e mecanismos de cooperação internacional.

Nesse sentido, a PNAN contribui junto a outras iniciativas do Ministério da Saúde para estreitar relações de cooperação internacional, com foco nos países que integram a relação Sul/Sul, especialmente em nível regional no MERCOSUL, América Latina e Caribe. Atenção diferenciada deve ser dada aos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPS).

A atuação do Ministério da Saúde junto às Agências da ONU, como o Comitê de Nutrição das Nações Unidas (SCN), a Organização Pan-Americana de Saúde e o Comitê de Segurança Alimentar da FAO, deve ser estimulada na perspectiva de colaborar na construção de recomendações e metas de desenvolvimento global relacionadas à alimentação e nutrição.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

O propósito e as diretrizes desta Política evidenciam a necessidade de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação de sua implementação. O acompanhamento e a avaliação voltados para a gestão da PNAN devem enfocar o aprimoramento da política e de sua implementação nas esferas do SUS. O objetivo é verificar a repercussão desta Política na saúde e na qualidade de vida da população, buscando a caracterização e compreensão de uma situação para tomada de decisão, bem como para a proposição de critérios e normas que impactem diretamente o desempenho da política e seus indicadores nos diferentes níveis de atuação.

Para essa finalidade, a construção do monitoramento das ações da PNAN parte da identificação da produção e dos processos desenvolvidos pela gestão federal, acrescidos em cada esfera dos processos próprios e específicos de apreensão e adequação das diretrizes emanadas da política nacional. Deverá levar em conta os problemas nutricionais priorizados, a participação e o acesso da população aos programas e ações da PNAN. Esse processo exigirá a definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas para a atenção nutricional.

A evolução do acompanhamento para um sistema tripartite e participativo de monitoramento da PNAN, que considere as dimensões de respeito aos direitos das pessoas e a adequação dos serviços prestados, se dará em consonância com os sistemas de planejamento e pactuação do SUS.

Ao viabilizar essa avaliação, deverão ser considerados indicadores que permitam verificar em que medida são consolidados os princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do detalhamento feito no Art. 7.º, da Lei n° 8.080/90, observando-se, por exemplo, se:

• o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados junto à população;

• o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática estão sendo fundamentados na epidemiologia;

• os planos, programas, projetos e atividades que operacionalizam a PNAN estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única e as responsabilidades em cada esfera de gestão.

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política envolverá, também, a avaliação do cumprimento dos compromissos internacionais assumidos pelo País nesse contexto. No conjunto desses compromissos, cabe destacar aqueles de iniciativa das Nações Unidas, representadas por diversas agências internacionais – tais como a FAO, a OMS, o Unicef, o Alto Comissariado de Direitos Humanos –que destinam-se a incorporar, na agenda dos governos, concepções, objetivos, metas e estratégias de alimentação e nutrição.

4.5 Participação e Controle Social

O SUS é marco da construção democrática e participativa das políticas públicas no Brasil. Sua legislação definiu mecanismos para que a participação popular, fundamental para sua constituição, faça parte do seu funcionamento através da prática do controle social nos Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas de governo.

A formulação dos planos de saúde deve emergir dos espaços onde acontecem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo e/ ou caráter consultivo.

As perspectivas Intersetorial da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional permitem considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas nessas áreas requerem, necessariamente, parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura e outros. Assim, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

Dessa forma, o debate sobre a PNAN e suas ações nos diversos fóruns deliberativos e consultivos, congressos, seminários e outros, criam condições para a reafirmação de seu projeto social e político e devem ser estimulados, sendo os Conselhos e as Conferências de Saúde espaços privilegiados para discussão das ações de alimentação e nutrição no SUS.

A CIAN é uma das comissões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) prevista na Lei n° 8080/90 e tem por objetivo: acompanhar, propor e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da PNAN e promover a articulação e a complementaridade de políticas, programas e ações de interesse da saúde, cujas execuções envolvem áreas não compreendidas no âmbito específico do SUS (BRASIL, 1990). A criação de CIAN, em âmbito estadual, distrital e municipal potencializará o debate acerca da PNAN na agenda dos Conselhos de Saúde. Nesse sentido, deverá ser fortalecido o papel dos conselheiros de saúde na expressão de demandas sociais relativas aos direitos humanos à saúde e à alimentação, definição e acompanhamento de ações derivadas da PNAN, em seu âmbito de atuação.

A instituição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA e das Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional e o fortalecimento simultâneo dos diversos fóruns e conselhos das políticas relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional trazem como desafio para o CNS e a CIAN, a ampliação do diálogo e a busca de consensos para construir democraticamente as demandas da sociedade civil sobre a PNAN e sobre o conjunto de programas e políticas a ela relacionadas.

A participação social deve estar presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. Assim, deve ser reconhecido e apoiado o protagonismo da população na luta pelos seus direitos à saúde e à alimentação por meio da criação e fortalecimento de espaços de escuta da sociedade, de participação popular na solução de demandas e de promoção da inclusão social de populações específicas.

4.6 Qualificação da Força de Trabalho

A situação alimentar e nutricional da população brasileira e o Plano Nacional de Saúde, combinados com o movimento em defesa da segurança alimentar e nutricional, fornecem indicações importantes para a ordenação da formação dos trabalhadores do setor saúde que atuam na agenda da alimentação e nutrição no SUS. Nesse contexto, torna-se imprescindível a qualificação dos profissionais em consonância com as necessidades de saúde, alimentação e nutrição da população, sendo estratégico considerar o processo de trabalho em saúde como eixo estruturante para a organização da formação da força de trabalho.

Faz-se necessário desenvolver e fortalecer mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção nutricional, de valorização dos profissionais de saúde, com o estímulo e viabilização da formação e da educação permanente, da garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, da qualificação dos vínculos de trabalho e da implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários.

A qualificação dos gestores e de todos os trabalhadores de saúde para implementação de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição voltadas à atenção e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional representa uma necessidade histórica e estratégica para o enfrentamento dos agravos e problemas decorrentes do atual quadro alimentar e nutricional brasileiro.

A Educação permanente em saúde revela-se a principal estratégia para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular. Deve embasar-se num processo pedagógico que parte do cotidiano do trabalho envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos. As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Um dispositivo importante seria a constituição de estratégias de articulação dos gestores com as instituições formadoras para desenvolvimento de projetos de formação em serviço, campos para extensão e pesquisa na rede de atenção à saúde do SUS que possibilitem o desenvolvimento de práticas do cuidado relacionadas à alimentação e nutrição.

Os cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde, em especial de Nutrição, devem contemplar a formação de profissionais que atendam às necessidades sociais em alimentação e nutrição e que estejam em sintonia com os princípios do SUS e da PNAN.

Os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN), localizados em instituições públicas de ensino e pesquisa e credenciados pelo Ministério da Saúde para o apoio ao desenvolvimento de estratégias que aperfeiçoem as ações da PNAN, são parceiros estratégicos para articular as necessidades do SUS com a formação e qualificação dos profissionais de saúde para agenda de Alimentação e Nutrição.

4.7 Controle e Regulação dos Alimentos

O planejamento das ações que garantam a inocuidade e a qualidade nutricional dos alimentos, controlando e prevenindo riscos à saúde, se faz presente na agenda da promoção da alimentação adequada e saudável e da proteção à saúde. A preocupação em ofertar o alimento saudável e com garantia de qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica à população é o produto final de uma cadeia de processos, desde a produção (incluindo a agricultura tradicional e familiar), processamento, industrialização, comercialização, abastecimento até a distribuição, cuja responsabilidade é partilhada com diferentes setores de governo e da sociedade.

A atual complexidade da cadeia produtiva de alimentos coloca a sociedade brasileira diante de novos riscos à saúde, como a presença de agrotóxicos, aditivos, contaminantes, organimos geneticamente modificados e a inadequação do perfil nutricional dos alimentos. O avanço da tecnologia contribui para maior oferta e variedade de alimentos no mercado e alto grau de processamento dos alimentos industrializados - cuja composição é afetada pelo uso excessivo de açúcar, sódio e gorduras, gerando alimentos de elevada densidade energética. Essas novas formulações, aliadas ao aumento de consumo de refeições fora do lar exigem adequações na regulação de alimentos.

Nesse contexto, a segurança sanitária busca a proteção da saúde humana, considerando as mudanças ocorridas na cadeia de produção até o consumo dos alimentos, nos padrões socioculturais decorrentes da globalização e as adaptações ao modo de produção de alimentos em escala internacional. Assim, o risco sanitário deve enfocar a abordagem integral de saúde e considerar, além de si próprio, o risco nutricional decorrente desse cenário, ampliando a capacidade de o Estado fazer uso dos instrumentos legais de controle necessários à proteção da saúde da população.

A PNAN e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS se convergem na finalidade de promover e proteger a saúde da população na perspectiva do direito humano à alimentação, por meio da normatização e do controle sanitário da produção, comercialização e distribuição de alimentos.

As medidas sanitárias adotadas para alimentos se baseiam na análise de risco, considerando-se o risco como a probabilidade de um efeito adverso à saúde em consequência de um perigo físico, químico ou biológico com o potencial de causar esse efeito adverso à saúde. Dessa forma, é fundamental o uso da ferramenta de análise de risco com a finalidade de monitorar e assegurar à população a oferta de alimentos seguros e adequados nutricionalmente, respeitando o direito individual na escolha e decisão sobre os riscos aos quais irá se expor. Nesse sentido, implementar e utilizar as Boas Práticas Agrícolas, Boas Práticas de Fabricação, Boas Práticas Nutricionais e o Sistema Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle – APPCC, na cadeia de produção de alimentos, potencializa e assegura as ações de proteção à saúde do consumidor.

Para que os órgãos de controle sanitário de alimentos possam viabilizar as ações de monitoramento e responder oportunamente às demandas que lhes são apresentadas, é preciso que sejam dotados de capacidade de resposta rápida, com um sistema ágil que permita o acompanhamento dessas ações de forma a reavaliar processos, produzir informações e a subsidiar a tomada de decisões. Dessa maneira, faz-se necessário revisar e aperfeiçoar os regulamentos sanitários e norteá-los em conformidade às diretrizes nacionais da PAAS e da garantia do direito humano à alimentação e reforçar a capacidade técnica e analítica da rede nacional de vigilância sanitária.

O monitoramento da qualidade dos alimentos deve considerar aspectos sanitários, como o microbiológico e o toxicológico, e do seu perfil nutricional, como teores de macro e micronutrientes, articulando-se com as estratégias de fortificação obrigatória de alimentos e de reformulação do perfil nutricional de alimentos processados com vistas à redução de gorduras, açúcares e sódio.

Especificamente a ação de monitoramento da publicidade e propaganda de alimentos deve buscar aperfeiçoar o direito à informação, de forma clara e precisa, com intuito de proteger o consumidor das práticas potencialmente abusivas e enganosas e promover autonomia individual para escolha alimentar saudável. Essa estratégia deve limitar a promoção comercial de alimentos não-saudáveis para as crianças e aperfeiçoar a normatização da publicidade de alimentos, por meio do monitoramento e fiscalização das normas que regulamentam a promoção comercial de alimentos.

A comunicação e os canais de interação com os consumidores devem ser ampliados, estabelecendo ações contínuas de informação para que as medidas de controle e regulação sejam compreendidas e plenamente utilizadas pela população. A maior compreensão da percepção de risco nutricional e de saúde por parte do consumidor é fundamental para o desenvolvimento de estratégias efetivas de enfrentamento às práticas inadequadas de alimentação.

A rotulagem nutricional dos alimentos constitui instrumento central no aperfeiçoamento do direito à informação. O acesso à informação fortalece a capacidade de análise e decisão do consumidor, portanto, essa ferramenta deve ser clara e precisa para que possa auxiliar na escolha de alimentos mais saudáveis. Apesar do avanço normativo da rotulagem nutricional obrigatória, ainda é possível se deparar com informações excessivamente técnicas e publicitárias que podem induzir à interpretação equivocada. Dessa forma é preciso aprimorar as informações obrigatórias contidas nos rótulos dos alimentos de forma a torná-las mais compreensíveis e estender o uso da normativa para outros setores de produção de alimentos.

As ações relacionadas à regulação de alimentos devem estar coordenadas e integradas à garantia da inocuidade e qualidade nutricional de alimentos, com o fortalecimento institucional dos setores comprometidos com a saúde pública e a transparência do processo regulatório - em especial dos agrotóxicos em alimentos, aditivos e alimentos destinados a grupos populacionais com necessidades alimentares específicas.

Atualmente o Brasil compõe o Mercado Comum do Sul – Mercosul que apresenta políticas de regulamentação, estabelecendo práticas equitativas de comércio para os produtos alimentícios a partir da internalização e harmonização de legislações internacionais. Essas normas são amplamente discutidas com objetivo de estabelecer a livre circulação de gêneros alimentícios seguros e saudáveis, adaptadas às políticas e aos programas públicos de cada país. Outro fórum internacional de regulação de alimentos é o Codex Alimentarius, do qual o Brasil faz parte e deve levar em conta as recomendações desse espaço com vistas à defesa da saúde e da nutrição da população brasileira.

4.8 Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição

O desenvolvimento do conhecimento e o apoio à pesquisa, à inovação e à tecnologia, no campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva, possibilitam a geração de evidências e instrumentos necessários para implementação da PNAN.

Com relação ao conhecimento da situação alimentar e nutricional, o Brasil conta, atualmente, com os sistemas de informação de saúde e, em especial, o SISVAN, bem como pesquisas periódicas de base populacional nacional e local. Nesse aspecto, é importante que essas fontes de informação sejam mantidas e fortalecidas e que a documentação do diagnóstico alimentar e nutricional da população brasileira seja realizada por regiões, estados, grupos populacionais,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

etnias, raças/cores, gêneros, escolaridade, entre outros recortes que permitam visualizar a determinação social do fenômeno.

É fundamental manter e fomentar investimentos em pesquisas de delineamento e avaliação de novas intervenções e de avaliação de programas e ações propostos pela PNAN, para que os gestores disponham de uma base sólida de evidências que apoiem o planejamento e a decisão para a atenção nutricional no SUS. Deve-se, portanto, manter atualizada uma agenda de prioridades de pesquisas em alimentação e nutrição de interesse nacional e regional, pautada na agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.

Desse modo, é importante a ampliação do apoio técnico, científico e financeiro às linhas de investigação aliadas às demandas dos serviços de saúde, que desenvolvam metodologias e instrumentos aplicados à gestão, execução, monitoramento e avaliação das ações relacionadas à PNAN. Para esse fim, os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição (CECAN) constituem uma rede colaborativa interinstitucional de cooperação técnico-científica, que deve ser aprimorada e fortalecida à medida que produzem evidências que contribuem para o fortalecimento da gestão e atenção nutricional na rede de atenção à saúde do SUS.

4.9 Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base: práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. Esse conceito congrega questões relativas à produção e disponibilidade de alimentos (suficiência, estabilidade, autonomia e sustentabilidade) e à preocupação com a promoção da saúde, interligando os dois enfoques que nortearam a construção do conceito de SAN no Brasil: o socioeconômico e o de saúde e nutrição.

A garantia de SAN para a população, assim como a garantia do direito à saúde, não depende exclusivamente do setor saúde, mas este tem papel essencial no processo de articulação Intersetorial.

A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e da SAN na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Assim, a PNAN deve interagir com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e outras políticas de desenvolvimento econômico e social, ocupando papel importante na estratégia de desenvolvimento das políticas de SAN, principalmente em aspectos relacionados ao diagnóstico e vigilância da situação alimentar e nutricional e à promoção da alimentação adequada e saudável.

A articulação e cooperação entre o SUS e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) proporcionará o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de SAN com vistas ao enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e dos agravos em saúde, na ótica de seus determinantes sociais.

Deverão ser destacadas ações direcionadas: (i) à melhoria da saúde e nutrição das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, implicando ampliação do acesso aos serviços de saúde; (ii) à interlocução com os setores responsáveis pela produção agrícola, distribuição, abastecimento e comércio local de alimentos visando o aumento do acesso a alimentos saudáveis; (iii) à promoção da alimentação adequada e saudável em ambientes institucionais como escolas, creches, presídios, albergues, locais de trabalho, hospitais, restaurantes comunitários, entre outros; (iv) à articulação com as redes de educação e sócio-assistencial para a promoção da educação alimentar e nutricional; (v) à articulação com a vigilância sanitária para a regulação da qualidade dos alimentos processados e o apoio à produção de alimentos advinda da agricultura familiar, dos assentamentos da reforma agrária e de comunidades tradicionais, integradas à dinâmica da produção de alimentos do país.

5 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Em observância aos princípios do SUS, os gestores de saúde nas três esferas, de forma articulada e dando cumprimento às suas atribuições comuns e específicas, atuarão no sentido de viabilizar o alcance do propósito desta PNAN.

5.1 Responsabilidades do Ministério da Saúde

• Elaborar o plano de ação dentro dos instrumentos de planejamento e gestão para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano Nacional de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Pactuar, na Comissão Intergestores Tripartite, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN;

• Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios.

• Avaliar e monitorar as metas nacionais de alimentação e nutrição para o setor saúde, de acordo com a situação epidemiológica e nutricional e as especificidades regionais;

• Prestar assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;

• Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal de Saúde, para capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no SUS;

• Prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios na implantação dos sistemas de informação dos programas de alimentação e nutrição e de outros sistemas de informação em saúde que contenham indicadores de alimentação e nutrição;

• Apoiar a organização de uma rede de Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, fomentando o conhecimento e a construção de evidências no campo da alimentação e nutrição para o SUS;

• Apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, mantendo atualizada uma agenda de prioridades de pesquisa em Alimentação e Nutrição para o SUS;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com SISAN;

• Estimular e apoiar o processo de discussão sobre as ações e programas em Alimentação e Nutrição da rede de atenção à saúde, com participação dos setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social, em especial, na CIAN do Conselho Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional do povo brasileiro.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

5.2 Responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal

• Implementara PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades regionais e locais;

• Pactuar na Comissão Intergestores Bipartite e nas Comissões Intergestores Regionais, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN;

• Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano Estadual de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde no âmbito estadual;

• Prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regionais de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição;

• Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no âmbito estadual, respeitando as diversidades locais e consoantes à PNAN;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera estadual;

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população da região e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional.

5.3 Responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal

• Implementar a PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais, considerando critérios de risco e vulnerabilidade;

• Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN nos municípios, com definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas, de forma contínua e articulada com o Plano Municipal de Saúde e o planejamento regional integrado, se for o caso, e com os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;

• Pactuar, monitorar e avaliar os indicadores de alimentação e nutrição e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde;

• Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na esfera municipal e/ou das regionais de saúde;

• Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde e demais instâncias de controle social existentes no município;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera municipal.

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população dos municípios e do Distrito Federal e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatria. [online]. v .22, supl. 2, 2000, p. 28- 31. Acesso em: fev. 2011.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 011, de 31 de outubro de 1991. Institui as Comissões Intersetoriais Nacionais, integrantes do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 1 nov. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 272/MS/SNVS, de 8 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 23 abr. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63 de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Enteral. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jul. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 18 set. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 373, de 14 de junho de 2007. Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Alimentação – CIAN. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 15 jun. 2007.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Brasília: Fiocruz, 2008a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate nº 9. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008b.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Chamada Nutricional da Região Norte – 2007: resumo executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 307 de 17 de setembro de 2009 (Republicada em 26.05.10). Estabelece Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença Celíaca. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 79-81, 18 set. 2009e.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 64 de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 5 fev. 2010a

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1 p.6, 26 ago. 2010b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1 p. 89, 31 dez. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN 10 anos. Brasília, 2010d.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Tradução Livre da Declaração de Nyélény. Foro Mundial pela Soberania Alimentar, Nyélény, Selingue, Mali, 28 de fevereiro de 2007. In: CONSEA. Manual orientador da 4ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.1-3, 29 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48, 24 out. 2011c.

Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 380, de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 10 jan. 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2002-2003. Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2002-2003. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2008-2009. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43.

PEREIRA, M. P. B; BARCELLOS, C. O Território no Programa Saúde da Família. Hygeia - Rev. Bras. de Geografia Médica e da Saúde, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. Rev. bras. alerg. imunopatol. – Vol. 31, Nº 2, 2008.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Estratégia global para a alimentação do bebê e da criança pequena. Resolution WHA A55.15, Geneva, 16 abr. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde. 57ª Assembléia Mundial de Saúde, 25 maio 2004.

GLOSSÁRIO

Acolhimento: prática de receber, escutar, dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito às pessoas, atitude de inclusão, que deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Alergia Alimentar: reações adversas a alimentos, dependentes de mecanismos imunológicos, mediadas por Imunoglobulina E (IgE) ou não. Os alimentos mais comumente envolvidos em alergias alimentares são leite de vaca, ovo de galinha, soja, trigo, amendoim, peixe e crustáceos.

Alimentação adequada e saudável: prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Deve estar de acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis; com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

Alimentos para fins especiais: alimentos especialmente formulados ou processados, nos quais se introduzem modificações no conteúdo de nutrientes adequados à utilização em dietas diferenciadas e ou opcionais, atendendo necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas.

Atenção básica à saúde: conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

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

Atenção integral à saúde: conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, orientadas pelas necessidades da população, e que incluem a atitude do profissional no encontro com os usuários, a organização dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas capazes de incidir sobre os determinantes sociais de saúde.

Atenção nutricional: compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

Avaliação nutricional: análise de indicadores diretos (clínicos, bioquímicos, antropométricos) e indiretos (consumo alimentar, renda e disponibilidade de alimentos, entre outros) que têm como conclusão o diagnóstico nutricional do indivíduo ou de uma população.

Codex Alimentarius: comissão que tem por finalidade discutir e elaborar normas alimentares, regulamentos e outros textos relacionados à proteção da saúde do consumidor, assegurar práticas de comércio claras e promover a coordenação das normas alimentares cosntruídas por organizações governamentais e não-governamentais.

Coordenação do cuidado: Atuação como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em quaisquer desses pontos, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também outras estruturas públicas, comunitárias e sociais necessárias para o cuidado integral à saúde.

Cuidados relativos à alimentação e nutrição: compreendem o diagnóstico e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, educação alimentar e nutricional, orientação alimentar, prescrição dietética, fornecimento de alimentos para fins especiais, oferta da alimentação em nível hospitalar e suporte nutricional enteral e parenteral.

Diagnóstico nutricional: identificação e determinação do estado nutricional, com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtido a partir da avaliação nutricional de indivíduos ou coletividades.

Direito humano à alimentação adequada: direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.

Diretrizes clínicas: recomendações que orientam decisões assistenciais de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/ Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.

Doença Celíaca: doença de caráter crônico causada pela intolerância permanente ao glúten, principal fração proteica presente no trigo, no centeio, na cevada e na aveia, que se expressa por enteropatia mediada por linfócitos T em indivíduos geneticamente predispostos, gerando uma redução na absorção dos nutrientes ingeridos

Equipe de referência: equipe de profissionais da atenção básica responsável pela população adscrita de um determinado território. A proposta de equipe de referência na atenção básica à saúde parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais. Prioriza a construção de objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida. Assim, uma das funções importantes da coordenação (gerência) de uma equipe de referência é justamente produzir interação positiva entre os profissionais em busca das finalidades comuns, apesar das diferenças entre eles, sem tentar eliminar essas diferenças, mas aproveitando a riqueza que elas proporcionam.

Equipe de apoio matricial: conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, apoio especializado às equipes de referência nas dimensões assistencial (ação direta com os usuários) e técnico-pedagógico (ação de apoio educativo com e para a equipe). Para tanto, deve ocorrer a compreensão do que é conhecimento nuclear dos profissionais de apoio matricial e do que é conhecimento comum e compartilhável junto às equipes de referência.

Erros inatos do metabolismo: grupo de doenças geneticamente determinadas, decorrentes de deficiência em alguma via metabólica que está envolvida na síntese (anabolismo), transporte ou na degradação (catabolismo) de uma substância. O “Teste do Pezinho”, exame obrigatório do Programa de Triagem Neonatal, detecta as doenças de maior incidência como fenilcetonúria, hipotiroidismo congênito, anemia falciforme, hemoglobinopatias e fibrose cística.

Humanização: valorização dos diferentes sujeitos pertencentes ao processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Intersetorialidade: articulação entre diferentes setores para enfrentar problemas complexos visando à superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas.

Intolerância Alimentar: reações adversas a alimentos não dependentes de mecanismos imunológicos (não imuno-mediadas). Pode ocorrer pela ausência de enzimas digestivas. Por exemplo, a não produção da enzima lactase, responsável pela digestão da lactose presente no leite, pode causar intolerância a este alimento e seus derivados e a preparações que os tenham como ingredientes.

Linhas de cuidado: forma de articulação dos recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de Linhas de Cuidado (LC) deve ser a partir das unidades da Atenção Básica, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.

Mercado Comum do Sul - Mercosul: é uma área de livre circulação de bens com uma taxa comercial padronizada para um grupo de países. Há uma política comercial comum de países da América do Sul. Composta até o momento por quatro países: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Necessidades Alimentares Especiais: Em todas as fases do curso da vida ocorrem alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares dos indivíduos, assim como um infinito número de patologias e agravos à saúde também podem causar mudanças nas necessidades alimentares. As Necessidades Alimentares Especiais estão aqui referidas como as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). Exemplos: erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/AIDS, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias, etc.

Nutrição Enteral: alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Nutrição Parenteral: solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Pontos de Atenção à Saúde: são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Exemplos: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Povos e Comunidades Tradicionais: de acordo com o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, são grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. Incluem os indígenas, quilombolas, faxinais, fundos de pasto, geraizeiros, pantaneiros, caiçaras, ribeirinhos, seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco de babaçu, ciganos, comunidades de terreiros, pomeranos, sertanejos, agroextrativistas, vazanteiros, pescadores artesanais.

Prescrição Dietética: atividade privativa do nutricionista que envolve o planejamento dietético com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional, que compõe a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde em âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. Esse procedimento deve ser acompanhado de assinatura e número da inscrição no CRN do nutricionista responsável pela prescrição.

Rede de Atenção à Saúde: é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza- se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da AB como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Segurança alimentar e nutricional: de acordo com a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN): sistema público de abrangência nacional que possibilita a gestão Intersetorial e participativa e a articulação entre os entes federados para a implementação das políticas públicas promotoras da segurança alimentar e nutricional, numa perspectiva de complementaridade de cada setor. É integrado por uma série de órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS): compreende o conjunto de ações, definidas na Lei nº 8080/1990, executado por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

Soberania Alimentar: De acordo com a Declaração de Nyélény (2007), “é um direito dos povos a alimentos nutritivos e culturalmente adequados, acessíveis, produzidos de forma sustentável e ecológica, e seu direito de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo. Isso coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências dos mercados e das empresas. (...) A soberania alimentar promove o comércio transparente, que garanta uma renda digna para todos os povos, e os direitos dos consumidores de controlarem sua própria alimentação e nutrição. Garante que os direitos de acesso e a gestão da terra, territórios, águas, sementes, animais e a biodiversidade estejam nas mãos daqueles que produzem os alimentos. A soberania alimentar supõe novas relações sociais livres de opressão e desigualdades entre homens e mulheres, grupos raciais, classes sociais e gerações”.

Suplementos Nutricionais: alimentos que servem para complementar, com calorias e ou nutrientes a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requiser suplementação.

Suplementos Vitamínicos e/ou Minerais: alimentos que servem para complementar, com outros nutrientes, a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requiser suplementação; devem conter um mínimo de 25% e no máximo 100% da ingestão diária recomendada (IDR) de vitaminas e/ou minerais, na porção diária indicada pelo fabricante, não podendo substituir os alimentos, nem serem considerados como dieta exclusiva.

Terapia nutricional: conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

Territorialização: processo de demarcação das áreas de atuação dos serviços de saúde; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; e de identificação e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e equipamentos sociais do território.

Transtornos alimentares: desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Incluem: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Ortorexia, Vigorexia, Transtorno Obsessivo Compulsivo por alimentos, entre outros.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Vigilância alimentar e nutricional: consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

COLABORADORES

Colaboradores	Instituições*
Alexandre Soares de Brito	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Beatriz Vasconcellos	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Carolina Feldenheimer	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Maria Cavalcante de Lima	CGAN/DAB/SAS/MS
Aristel Gomes Bordini Fagundes	CGPO/SE/MS
Carlos Augusto Monteiro	Consultor
Carolina Belomo de Souza	CGAN/DAB/SAS/MS
Célio Luiz Cunha	CGAN/DAB/SAS/MS
Cora Araújo	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPEL
Denise Cavalcante de Barros	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ
Denise Eduardo Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Denise Oliveira e Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ
Dillian Adelaine Cesar da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Dirceu Ditmar Klitzke	CGAN/DAB/SAS/MS
Edite Schutz	CGAN/DAB/SAS/MS
Eduardo Alves Melo	CGGAB/DAB/SAS/MS
Eduardo Augusto Fernandes Nilson	CGAN/DAB/SAS/MS
Élida Amorim Valentim	CGAN/DAB/SAS/MS
Elisabetta Recine	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Estelamaris Monego	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFG
Gilson Carvalho	Consultor
Gisele Bortolini	CGAN/DAB/SAS/MS
Helen Altoé Duar	CGAN/DAB/SAS/MS
Inês Rugani	Grupo de Trabalho Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva da ABRASCO
Ivanira Amaral Dias	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPA
Janine Coutinho	Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS
José Divino Lopes Filho	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFMG
José Eudes Barroso Vieira	CGAN/DAB/SAS/MS

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Juliana Amorim Ubarana	CGAN/DAB/SAS/MS
Juliana Rochet	Consultora
Karla Lisboa Ramos	CGAN/DAB/SAS/MS
Kathleen Sousa Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Kelly Poliany de Souza Alves	CGAN/DAB/SAS/MS
Letícia de Oliveira Cardoso	Consultora
Luciene Burlandy	Consultor
Luis Fernando Rolim Sampaio	Consultor
Márcia Fidélix	Assossiação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Maria da Conceição Monteiro da Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFBA
Maria Teresa Gomes de Oliveira Ribas	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Mariana Carvalho Pinheiro	CGAN/DAB/SAS/MS
Marília Leão	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Michele Lessa de Oliveira	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Nildes de Oliveira Andrade	Conselho Nacional de Saúde
Patrícia Chaves Gentil	CGAN/DAB/SAS/MS
Patrícia Constante Jaime	Centro de Referência em Alimentação e Nutrição – USP
Paula Jeane Araújo	CGAN/DAB/SAS/MS
Pedro Israel Cabral de Lira	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPE
Regina Maria Ferreira Lang	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPR
Regina Miranda	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Rosane Nascimento	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Sara Araújo da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Silvia Ângela Gugelmin	Consultor
Sônia Lucena	Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Vanessa de C. Figueiredo	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Vanessa Schottz Rodrigues	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Vanessa Thomaz Franco	CGAN/DAB/SAS/MS

ANEXO 2 DO ANEXO III

DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA E ATUAÇÃO DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH) (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Anexo 1)

Definição da estrutura e atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

1. A estruturação dos Bancos de Leite Humano (BLH) no País será definida conforme as normas e orientações a seguir descritas.

a) a coordenação do processo de formulação da política pública de saúde referente a Bancos de Leite Humano, bem como a elaboração de critérios para implantação e implementação destas unidades são responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) por meio da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno;

b) para o cumprimento dessa responsabilidade, a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno contará com instâncias consultivas e assessoras, representadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), pela Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) e pelo Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH).

c) a Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) será composta por 7 (sete) membros designados pela SAS conforme os seguintes critérios:

- coordenador da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH);

- um representante da Associação Brasileira de Profissionais de Bancos de Leite Humano (ABPBLH); e

- um representante de cada Região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul), escolhido entre os coordenadores dos bancos de leite humano da região.

2. Compete ao Banco de Leite Humano:

a) promover, proteger e apoiar o aleitamento materno;

b) operacionalizar, de forma otimizada, o excedente da produção láctica de suas doadoras;

c) executar as operações de coleta, seleção e classificação, processamento, controle clínico, controle de qualidade e distribuição do Leite Humano Ordenhado (LHO), em conformidade com os dispositivos legais vigentes;

d) responder pelo funcionamento dos Postos de Coleta a ele vinculados;

e) buscar a certificação da qualidade dos produtos e processos sob sua responsabilidade; e

f) a licença para funcionamento do Banco de Leite Humano condiciona-se à designação de um coordenador local de nível superior.

3. Compete à FIOCRUZ:

a) manter o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano como instância responsável pela retroalimentação técnico-científica das ações relacionadas a Bancos de Leite Humano em todo o território nacional;

b) manter a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano como instância de articulação com o SUS para implantação e implementação das ações estratégicas definidas na política nacional de saúde para o setor;

4. Compete à Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH):

a) assessorar a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS na formulação, controle e avaliação da política relativa aos Bancos de Leite Humano, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros;

b) discutir diretrizes, identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos;

c) assessorar o monitoramento das atividades, participar do redirecionamento de estratégias, apoiar o processo de articulação, mobilizando e sensibilizando setores do Governo e da sociedade civil para o desenvolvimento de ações inerentes ao tema; e

d) propor medidas sobre assuntos a ela submetidos pela SAS e pelos membros da Comissão.

5. O Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH) é o Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, órgão de pesquisa e instância assessora e executora das ações planejadas para os bancos de leite humano pela Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS.

6. Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) designar as Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano (CEBLH) e os Centros de Referência Estaduais em Banco de Leite Humano (CRE-BLH), vinculando-os à área competente que coordena as ações de aleitamento materno no seu âmbito respectivo.

7. As Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano terão por finalidade prestar assessoramento à área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde no planejamento, no controle e na avaliação das ações de Bancos de Leite Humano.

8. Os Centros de Referência Estaduais de Bancos de Leite Humano são órgãos de pesquisa e instâncias executoras das ações planejadas pela área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde.

ANEXO 3 do Anexo III
DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL

Art. 1º Fica instituída a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, com objetivo geral de deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 2º São objetivos específicos da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

I - apoiar, fortalecer e articular as iniciativas de prevenção e atenção à obesidade infantil nos estados, municípios e Distrito Federal; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

II - propor e aprimorar ações baseadas em evidências científicas para a prevenção, a atenção e o cuidado voltados à obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

III - fortalecer a atuação intersetorial integrada, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

IV - contribuir com a organização e implementação de ações efetivas e inovadoras para a prevenção e atenção à obesidade infantil voltadas a indivíduos, famílias e comunidades; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

V - qualificar a atenção e o cuidado às crianças com sobrepeso e obesidade no escopo da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

VI - fomentar a pesquisa, a produção e a divulgação de conhecimento acerca da realidade das intervenções custo-efetivas para a prevenção e atenção à obesidade infantil; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VII - articular os esforços entre os governos federal, estadual, do Distrito Federal e municipal em prol da valorização, do apoio e do fortalecimento das ações voltadas à prevenção e atenção à obesidade infantil. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 3º São princípios da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

I - a garantia do direito universal e integral à saúde materna e infantil; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

II - a garantia da proteção aos direitos das crianças; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

III - a observância dos determinantes sociais e a natureza interdisciplinar e intersetorial das ações voltadas à prevenção e atenção à obesidade infantil. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 4º São eixos de ação para a implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

I - vigilância alimentar e nutricional, promoção da saúde e de prevenção do ganho excessivo de peso, diagnóstico precoce e cuidado adequado às crianças, adolescentes e gestantes, no âmbito da Atenção Primária da Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

II - promoção da saúde nas escolas para torná-las espaços que promovam o consumo de alimentos adequados e saudáveis e a prática regular de atividade física; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

III - educação, comunicação e informação para promover a alimentação saudável e a prática de atividade física para toda a população brasileira; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

IV - formação e educação permanente dos profissionais envolvidos no cuidado às crianças; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

V - articulações intersetoriais e de caráter comunitário que promovam ambientes saudáveis e apoiem a alimentação saudável e a prática de atividade física no âmbito das cidades. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Parágrafo único. O detalhamento das ações será apresentado em manuais e instrutivos da Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade infantil publicados pelo Ministério da Saúde e disponibilizados no endereço eletrônico "aps.saude.gov.br". (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 5º A Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil poderá ser implementada por todos os estados, Distrito Federal e municípios, a qualquer tempo e sem necessidade de adesão, mediante a atuação nos eixos apresentados no art. 4º. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Parágrafo único: A implementação, o monitoramento e a avaliação da Estratégia nos municípios será apoiada pelo Ministério da Saúde e Estados, por meio de publicação de manuais e instrutivos, instituição de processos formativos de educação permanente e outras estratégias pactuadas entre os entes. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 6º Poderá ser instituído, a qualquer tempo, incentivo financeiro de apoio aos municípios, com vistas a apoiar a implementação das ações previstas na Estratégia. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

§ 1º A habilitação ao recebimento do incentivo financeiro será feita mediante adesão. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

§ 2º As regras para adesão ao incentivo financeiro deverão ser publicadas em ato normativo posterior. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

§ 3º O incentivo financeiro de que trata o caput será transferido na modalidade fundo a fundo, pelo Fundo Nacional de Saúde aos respectivos fundos de saúde do Município ou do Distrito Federal, observada a legislação aplicável. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 7º A Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil será monitorada por meio dos seguintes indicadores dos Sistemas de Informação da Atenção Primária: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

I - número de crianças com estado nutricional (peso e altura) avaliado; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

II - número de crianças com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

III - número de atendimentos individuais para problema ou condição avaliada obesidade em crianças; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

IV - prevalência de crianças com obesidade. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Parágrafo único. A Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Promoção à Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CGAN/DEPROS/SAPS/MS) é a área responsável pela coordenação e monitoramento da Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 8º A Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil poderá ser revisada a qualquer tempo, considerando as evidências científicas efetivas para reversão do cenário epidemiológico de obesidade infantil. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Parágrafo único. Qualquer atualização e/ou revisão da Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil deverá ser publicada em ato normativo específico editado pelo Ministro de Estado da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

ANEXO IV

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Origem: PRT MS/GM 1102/2010)

Art. 1º Fica instituída a Comissão Técnica e Multidisciplinar de elaboração e atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais (Renaplam) e da Relação Nacional de Fitoterápicos (Renafito) (COMAFITO), a ser coordenada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e integrada por um representante de cada um dos seguintes órgãos, entidades e instituições, com total de 14 (quatorze) membros: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I)

a) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, a)

b) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, b)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

c) Departamento de Ciência e Tecnologia ; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, c)

d) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, d)

e) Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, e)

f) Fundação Oswaldo Cruz; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, f)

g) Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, g)

h) Farmacopéia Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, h)

II - sociedade científica (1 representante); e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, II)

III - universidades (5 representantes) (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, III)

Art. 2º A natureza, as competências, a composição e o funcionamento da Comissão de que trata o art. 1º serão definidos em regimento interno a ser aprovado por ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 2º)

Art. 3º A Secretaria Executiva da COMAFITO será exercida por representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que terá a função de organizar as atividades administrativas e de encaminhar outros assuntos de rotina que não necessitem da convocação de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º)

Parágrafo Único. A coordenação da COMAFITO deve ser exercida pelo coordenador da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE). (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º, Parágrafo Único)

ANEXO V

Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (Origem: PRT MS/GM 2761/2013)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Art. 2º A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 2º)

Art. 3º A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º)

I - diálogo; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, I)

II - amorosidade; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, II)

III - problematização; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, III)

IV - construção compartilhada do conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, IV)

V - emancipação; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, V)

VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, VI)

§ 1º Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 5º)

§ 6º O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 6º)

Art. 4º São eixos estratégicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º)

I - participação, controle social e gestão participativa; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, I)

II - formação, comunicação e produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, II)

III - cuidado em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, III)

IV - intersetorialidade e diálogos multiculturais. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, IV)

§ 1º O eixo estratégico da participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 3º)

§ 4º O eixo estratégico da intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 4º)

Art. 5º A PNEPS-SUS tem como objetivo geral implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 5º)

Art. 6º São objetivos específicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º)

I - promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, I)

II - fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, II)

III - reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, III)

IV - fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IV)

V - incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, V)

VI - apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VI)

VII - contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas políticas públicas referenciadas na Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VIII)

IX - apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IX)

X - contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, X)

XI - assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º)

I - implementar as ações da PNEPS-SUS, incorporando-as no Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas no âmbito do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS); (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, II)

III - garantir financiamento para implementação integral da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, III)

IV - promover a articulação intrasetorial permanente para a implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, IV)

V - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, V)

VI - apoiar tecnicamente as Secretarias Estaduais de Saúde na implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, VI)

Art. 8º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Estadual e Plurianual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, II)

III - apoiar tecnicamente as secretarias municipais de saúde na implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, III)

IV - garantir financiamento complementar aos municípios para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, VI)

Art. 9º Compete às secretarias municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Municipal Plurianual de Saúde, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer e implementar estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

(Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, II)

III - implementar o Plano Operativo da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, III)

IV - garantir financiamento solidário para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, VI)

Art. 10. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete as atribuições reservadas às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 10)

Art. 11. Compete às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regional (CIR) avaliar e aprovar os Planos Operativos da Educação Popular em Saúde, considerando as especificidades locais e a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 11)

Art. 12. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articulará, no âmbito do Ministério da Saúde a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 12)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Art. 13. Fica instituído o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º)

I - participar da formulação, bem como acompanhar a implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, I)

II - colaborar com a elaboração de estratégias de mobilização, a fim de garantir a construção democrática e descentralizada da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, II)

III - acompanhar os acordos negociados entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais referentes às práticas de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, III)

IV - apoiar os movimentos, as entidades e instituições com vistas ao desenvolvimento da Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IV)

V - contribuir para o fortalecimento da luta pelo direito à saúde e em defesa do SUS, por meio da participação popular, identificando, divulgando e promovendo novos canais de participação popular e controle social, assim como colaborando com os já instituídos conselhos e conferências; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, V)

VI - participar e colaborar com as iniciativas do Ministério da Saúde que visem à incorporação da Educação Popular em Saúde como prática democrática na construção de políticas públicas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VI)

VII - apoiar e colaborar com a implementação do Programa Nacional de Inclusão Digital (PID) e com os processos de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VII)

VIII - contribuir, por meio dos princípios da Educação Popular em Saúde, com a construção das bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde desenvolvidas no SUS, fortalecendo a autonomia da população e a relação fraterna e solidária entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VIII)

IX - contribuir com as ações de extensão universitária, pesquisa e ensino das instituições e dos centros de ensino (universidades, faculdades, escolas técnicas, entre outras), que tenham a Educação Popular em Saúde como princípio ético na formação dos profissionais e educadores articulados com a realidade da população, em função da importância das práticas populares de saúde e da participação popular para a efetivação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IX)

Art. 14. O Comitê será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos, entidades e organizações não governamentais a seguir indicados: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I)

a) 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo um deles o Coordenador do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, a)

b) 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, b)

c) 2 (dois) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, c)

d) 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, e)

f) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, f)

II - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante da Agência Nacional de Saúde (ANS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, V)

VI - 2 (dois) representantes da Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante da Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VIII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IX - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), por meio de seu Grupo de Trabalho de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IX)

X - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Movimento Popular de Saúde (MOPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIII)

XIV - 1 (uma) representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIV)

XV - 1 (um) representante da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Central de Movimentos Populares (CMP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVI)

XVII - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVII)

XVIII - 1 (um) representante do segmento das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 3075/2010)

XIX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIX)

XX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XX)

XXI - 1 (um) representante do Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XXI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3075/2010)

Parágrafo Único. Os membros, titulares e suplentes, do Comitê deverão ser indicados respectivamente, pelos órgãos, entidades e organizações não governamentais à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, que os designará por meio de ato do seu titular. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 15. Caberá à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde, apoiar, técnica e administrativamente o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 3º)

Art. 16. O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao objeto deste Capítulo, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 4º)

Art. 17. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 5º)

Art. 18. O CNEPS elaborará, em sua primeira reunião, proposta de cronograma de trabalho e agenda de atividades a ser submetida à SGEP, bem como constituirá uma comissão para elaborar proposta de regimento interno a ser aprovado pelos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 6º)

Art. 19. O CNEPS reunirá, ordinariamente, 2 (duas) vezes ao ano e, extraordinariamente, quando se fizer necessário, observada a disponibilidade orçamentária e financeira. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 7º)

ANEXO VI

Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública (Origem: PRT MS/GM 149/2016)

Art. 1º Ficam aprovadas as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde quanto à gestão, planejamento, uniformização, monitoramento e avaliação no que se refere ao acolhimento, diagnóstico, tratamento e cura, prevenção de incapacidades e organização do serviço. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase visam ao fortalecimento das ações de vigilância e atenção da hanseníase, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde, com base na comunicação, educação e mobilização social. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 2º)

Art. 3º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública estarão elencadas no Manual Técnico Operacional disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 3º)

ANEXO VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001)

Art. 1º Fica instituída, na forma do Anexo 1 do Anexo VII , a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política de que trata este artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 2º)

ANEXO 1 do ANEXO VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

I. INTRODUÇÃO

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

A presente Política Nacional, instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS, entre outros).

Assim delimitada, esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Os acidentes e as violências resultam de lições ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com conseqüências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde.

De outra parte, acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, conto o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão. Esta Política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID. (OMS, 1985 e OMS, 1995) - sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.

Ao incorporar os dois temas como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação – com os outros setores e com a sociedade civil - na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação,

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos-registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1996 e 1997, os acidentes e as violências foram responsáveis por aproximadamente, 120 mil óbitos anuais.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios – estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais - são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). Assinale-se que, na população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa etária por projétil de arma de fogo. A população masculina, além de armas de fogo (SIM/MS - 1997), está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas.

A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas. Nas áreas rurais, entretanto, o fenômeno está também presente, embora a sua gênese e as suas manifestações sejam diversas e pouco investigadas. Nelas são geradas mortes em conflitos pela terra, em áreas de garimpo, na rota do narcotráfico, ao lado do aliciamento e da exploração de crianças e adolescentes para a prostituição e o trabalho escravo. São também consideráveis as vítimas de intoxicações por agrotóxicos e de envenenamentos por animais peçonhentos.

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (Reichenheim e Werneck, 1994; Iunes, 1997; Vermelho, 1994).

Menos freqüentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à autoagressão, como o suicídio e as tentativas não consumadas. Apesar da subnotificação, vem sendo observado um aumento dos casos: a taxa de suicídio aumentou 34%, entre 1979 a 1997. Em 1997, 6.920 pessoas cometeram suicídio. A população masculina jovem - de 0 a 24 anos - é o grupo que se encontra maior risco para tal violência.

No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, seja regional ou mesmo local. Dados das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH – mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por essas causas, somente nos hospitais ligados ao SUS. A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também; como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade (Lebrão e cols., 1997).

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral. Em 1997, o total desses gastos correspondeu a R$ 232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Embora se saiba que esses valores estão bastante subestimados, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações (Iunes, 1997).

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortes, quanto de feridos. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), da Fundação Nacional de Saúde, revelam que, em 1996, 35.545 pessoas morreram em conseqüência de acidentes de transporte. No ano de 1996, esses acidentes corresponderam a cerca de 30% do total de causas externas. A taxa de mortalidade - 22,6 por 100.000 habitantes - foi 40% maior do que a de 1977.

O adulto jovem apresenta-se como vítima importante, fato que evidencia não só um dano social, mas perdas na população economicamente ativa (Mello Jorge e Latorre, 1994; Mello Jorge e cols., 1997). O Departamento Nacional de Estradas e Rodagens - DNER cita que, somente nas estradas federais do País, em 1995, ocorreram 95.514 acidentes, com 63.309 pessoas envolvidas, entre feridos e mortos, dos quais cerca de 56% tinham menos de 33 anos de idade

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

(MT, 1996). As crianças em idade escolar e os idosos são grupos também especialmente vulneráveis aos atropelamentos.

O novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998, por meio da Lei N.° 9.503, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. Uma de suas características é o expressivo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, por conseguinte, um instrumento apenas punitivo. A sua implantação configura, assim, o mecanismo legal e eficaz para a diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículos e via pública.

O retardamento da implantação completa do CTB e a precária fiscalização na aplicação das leis já implantadas comprometem os resultados esperados de redução da violência no trânsito. A sensibilização da sociedade quanto à relevância do Código é fundamental. A implantação efetiva do CTB requer, por outro lado, a superação do atraso tecnológico nas questões do trânsito brasileiro, como a baixa confiabilidade das estatísticas referentes à frota das pessoas habilitadas, bem como em relação às vítimas e às ocorrências de acidentes de trânsito: o precário controle de tráfego, inspeção e segurança veicular; a desagregação de normas e procedimentos relativos à engenharia de trânsito; a fiscalização inadequada; e o treinamento ultrapassado para a habilitação de novos condutores, além da capacitação técnica de recursos humanos. Acrescente-se a isso o insuficiente conhecimento acerca desses eventos e vítimas, visto que os dados de atendimentos em prontos socorros, por exemplo, não estão abrangidos nas estatísticas oficiais.

Em relação aos acidentes e às violências, são várias as fontes a partir das quais se pode investigar, cada uma constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geram. Além disso, sofrem diretamente as influências das limitações características dos sistemas de notificação, às vezes difíceis de serem compatibilizados. Desse modo, os resultados das investigações são divergentes, dependendo da fonte consultada ocasionando distorções e erros interpretativos (Mello Jorge, 1990; Souza e cols., 1996).

As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são do Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinatox).

O BO, instrumento utilizado nas Delegacias de Polícia nos níveis estadual e municipal, é uma fonte que pode ser complementada pelo Boletim de Ocorrência gerado pela Polícia Militar. Não é padronizado em nível nacional e, em geral, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia.

Por intermédio das Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito os Detran estaduais, os Departamentos de Estrada nos três níveis de governo e os órgãos executivos municipais coletam os dados relativos aos acidentes ocorridos nas vias sob a sua jurisdição, utilizando documentos distintos que identificam veículos, condutores, passageiros, pedestres e condições das vias. Esses dados são sintetizados pelo DENATRAN, que recebe as informações de acidentes de trânsito registrados pelos Detran e pela Polícia Rodoviária Federal, mediante o Sistema Nacional de Acidentes de Trânsito (SINET/DENATRAN). Entretanto, não existe articulação eficiente entre os níveis federal, estadual e municipal desse Sistema além do que seus dados não são analisados nem retroalimentam adequadamente tal sistema.

A CAT por sua vez, é o instrumento de notificação utilizado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS - para fins de concessão de benefícios. Dada a sua ampla aplicação em todo o Território Nacional, constitui-se na principal fonte de informação para o estudo da morbimortalidade ocupacional. Além do reconhecido sub-registro, essa fonte exclui os autônomos, os empregados domésticos, os vinculados a outros sistemas previdenciários e os sem carteira assinada. Tais limitações, particularmente considerando a grande parcela de trabalhadores inseridos no setor informal da economia, dificultam a conformação do perfil epidemiológico da população trabalhadora do País. A partir desses registros, verificou-se, no ano de 1996, que 90% dos acidentes notificados ocorreram nas regiões Sudeste e Sul, dos quais a metade no setor industrial; destes cerca de 60% referem-se ao grupo etário de 18 a 35 anos de idade. Entre os trabalhadores do sexo masculino, o principal ramo gerador de acidentes é a construção civil.

Nos acidentes ampliados - incêndios, explosões e vazamentos envolvendo produtos químicos perigosos -, embora conhecidos pelo seu impacto nas comunidades e no meio ambiente, 90% das vítimas imediatas são os próprios trabalhadores. Algumas vezes, resultam em verdadeiras catástrofes, provocando dezenas, centenas ou milhares de mortes em um único evento. São exemplos desses acidentes o de Vila Socô, em Santos, 500 óbitos aproximadamente, e o da Plataforma de Enchova, no Rio de Janeiro, em 1984 - 10 óbitos -, além de eventos recentes, como o do shopping de Guarulhos, São Paulo, que provocou dezenas de mortes.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, engloba em torno de 80% da assistência hospitalar do País e sua massa de dados diz respeito a cerca de 13 milhões de internações/ano. Nesse aspecto, é importante salientar que, até 1997, estão sendo os dados de acidentes e de violências eram os relativos somente à natureza da lesão que levou à internação, sem qualquer esclarecimento quanto ao seu agente causador. A partir de 1998, em decorrência da Portaria Ministerial N.º 142, de 13 de novembro de 1997, estão sendo codificados também os tipos de causas externas geradoras das lesões que ocasionaram a internação. Assinale-se que não existem sistemas de informação epidemiológica relacionados aos atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios, e que contemplam estudos mais apurados relativos a acidentes e a violências.

Implantado no País em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) - é gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. Embora abranja, atualmente, mais de 900 mil óbitos/ano, a sua cobertura não é ainda completa em algumas áreas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à qualidade das informações relativas a acidentes e a violências, algumas deixam a desejar. Os dados, nesse contexto, têm origem nas Declarações de Óbitos - DO - preenchidas nos Institutos de Medicina Legal. A qualidade das informações é ainda discutível, na medida em que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito. Nesses casos, sabe-se apenas que se trata de uma morte decorrente de causas externas. Tal ocorrência vem sendo verificada em cerca de 10% do total de mortes por acidentes e violências no País, alcançando em algumas áreas, valores bem mais elevados. Em determinadas localidades, essa distorção tem sido sanada ou minimizada com o auxílio de informações de outras fontes, tais como consultas ao prontuário hospitalar, latidos de necropsia ou utilização de noticiários de jornais.

Já o Sistemas Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sintox) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1980, tendo por base experiências pioneiras e bem sucedidas em locais como o Centro de Controle de Intoxicações dos Hospitais Menino de Jesus em São Paulo e João XXIII, em Belo Horizonte, ambas em 1972. A criação do Sinitox originou-se da necessidade de se criar um sistema abrangente de alcance nacional, capaz de fornecer dados precisos sobre medicamentos e demais agentes tóxicos existentes às autoridades, aos profissionais de saúde e as áreas afins, bem como à população em geral. Em 1997, esse Sistema estava formado por uma rede de 31 Centros de Controle de Intoxicações em 16 estados. Um total de 50.264 casos de intoxicação humana foram registrados no Brasil, em 1995. Embora seja um sistema de referência para a América Latina, é importante reconhecer que o Sinitox ainda padece de importante subnotificação, causada, em parte, pela não obrigatoriedade do registro e pela não uniformidade dos dados em relação ocorrências.

Em função do crescimento dos acidentes e das violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos - principalmente no que se refere à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles -, somente nos últimos anos é que têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos.

De outra parte, é consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, que precedem a porta do hospital ou, até mesmo, o acionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A partir da

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

ocorrência do evento, no entanto, o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido de maneira importante na minimização da morbimortalidade por tais eventos. A literatura publicada nos anos 80 nos Estados Unidos e em vários países da Comunidade Européia apresenta evidências de que a percentagem de mortes evitáveis sofreu uma redução da ordem de 50% ou mais, a partir da implantação de sistemas de atendimento ao traumatizado.

No Brasil da década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, particularmente de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), levou alguns estados a criarem seus serviços dissociados de uma linha mestra e de uma normalização típica de planejamento, instalação e operacionalização, respeitadas as diferenças regionais, surgindo, assim, um verdadeiro mosaico de modelos, a maioria deles com deficiências técnicas importantes, tanto no setor público, quanto privado.

O desenvolvimento de APH teve início no Estado do Rio de Janeiro. Desde então, diversos grupos foram criados, os quais sensibilizaram os governos locais, levando ao surgimento de alguns serviços de atendimento pré-hospitalar (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará). Alguns outros estados estão dando início ao processo de implantação, principalmente por conta do projeto de Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus), que visa, entre outros, à melhoria e à capacitação dos serviços de atendimento de emergência no País.

O sistema de APH tem a finalidade de atender vítimas em situação de urgência e emergência, antes da sua chegada ao hospital. No Brasil, existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone n.° 192, desenvolvido e operacionalizado pelo governo municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos Bombeiros. Em algumas cidades, ambos têm a presença do profissional médico. Os dois sistemas funcionam a partir de uma central de chamados, que recebe as solicitações. Dessa central emanam as ordens e apoio às diferentes ações. De acordo com as novas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, as centrais de APH deverão ampliar as suas especificações e objetivos, passando a ser denominadas de Regulação Médica.

No elenco de problemas identificados, verifica-se a falta de normalização dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A ausência de uma ficha de atendimento com informações básicas, imprescindíveis e comuns a todos os APH, tem contribuído para que ocorram graves distorções. Não existe um processo sistematizado de alimentação e retroalimentação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento às urgências, tais como saúde, segurança, educação, meteorologia, geologia, entre outros. Os boletins de ocorrência das diferentes unidades de segurança pública das três esferas governamentais são preenchidos, de maneira geral, de forma inadequada e incompleta e, o que é mais grave, sem nenhuma padronização.

Entre as dificuldades do atendimento pré-hospitalar, inclui-se a falta de orientação da população sobre como proceder diante de uma situação de emergência, o que contribui, muitas vezes, para o agravamento do estado das vítimas. Ao lado disso, a ausência de normas para a transformação veicular em ambulância, a exemplo dos sistemas americano, francês e alemão, favorece a adoção de viaturas não condizentes ao resgate e ao tratamento intensivo, como, por exemplo, o uso de veículos de passeio. A inexistência dessa padronização é verificada, também, nos insumos tecnológicos do suporte avançado de vida. É comum encontrar veículos designados como Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e de resgate que não dispõem de respiradores artificiais, bombas de infusão, monitores cardíacos, marcapasso, estojos para pequenos procedimentos cirúrgicos, materiais de imobilização e maletas de medicamentos.

Essas limitações comprometem o planejamento logístico e estratégico de atenção a situações de emergência. No que tange aos recursos humanos, não há um currículo mínimo, regulamentado pelo Ministério da Educação (MEC), para a formação de profissionais para este fim, desde o nível mais elementar ao de nível superior. Soma-se a isso a falta de estudos mais aprofundados sobre o número e a qualidade de veículos, uma vez que os índices internacionais não contemplam a peculiar situação brasileira de densidade demográfica flutuante, condição do fluxo viário urbano e dificuldade de equipamentos aéreos de atendimento a acidentados.

Diante de todos os limites e dificuldades que existem no Brasil em relação ao atendimento pré-hospitalar, vale a pena ressaltar que experiências empíricas demostram a redução do tempo de permanência hospitalar, de seqüelas e da mortalidade, desde que o APH integre uma estrutura maior de atenção a emergências, com unidades hospitalares, terapia intensiva, imaginologia e outros insumos, principalmente preventivos.

O atendimento médico-hospitalar de urgência e emergência é um segmento da saúde que muito vem exigindo de economistas e administradores especializados. Trata-se de uma vertente que, por envolver procedimentos caros, absorve parcela expressiva dos recursos financeiros da área da saúde. Exige, ao mesmo tempo, perspicácia e agilidade administrativas. Esses aspectos são universais, mas tornam-se bastante evidentes em países emergentes, sobretudo em decorrência da falta de investimento maciço na atenção básica de saúde, contribuindo para o uso inadequado das unidades de emergência.

Essa realidade, presente no dia a dia das unidades de saúde, está associada à falta de resolutibilidade no atendimento primário - que vai desde dificuldades para agendar consultas, até carência de recursos tecnológicos; são raros os municípios que integram um sistema hierarquizado e regionalizado de serviços. Como resultante, muito tempo é perdido até a chegada do paciente a uma unidade adequada para o atendimento de suas necessidades, o que contribui para o agravamento de seu estado.

Considerando as dificuldades do atendimento hospitalar e os reflexos da problemática do trânsito na sua esfera de competência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS N.º 2.329. de 9 de junho de 1998, mediante a qual instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Trata-se de um programa de recuperação dos serviços de emergência que envolve: a implantação de uma central de regulação, conforme definida na Resolução CFM N.° 1.529/98 de grande importância como observatório epidemiológico; o incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços; e a criação de unidades especializadas de urgência.

Com o crescimento da violência no Brasil, os leitos hospitalares têm se tornado ainda mais escassos. Conseqüentemente, torna-se insuficiente o número de profissionais e de leitos em unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-anestésica, bem como dos serviços de imagem. Acresce-se, ainda, o estrangulamento da capacidade operacional dos laboratórios. Esses problemas se agravam nos serviços de pediatria, neonatologia, cardiologia, ortopedia, traumatologia e atendimento a queimados, nos quais a demanda por atendimento é bem maior do que a oferta de unidades de saúde.

Em relação a recursos humanos, tanto em termos numéricos quanto de capacitação, muito há que ser feito. As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-as para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação e êxodo, ficando tais serviços, por vezes, a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente.

Sob o ponto de vista das sequelas decorrentes das lesões devidas a acidentes e a violências, quando não levam o paciente diretamente à morte, podem demandar uma internação, às vezes longa, com gastos elevados. Além disso, há a possibilidade de gerarem seqüelas permanentes e incapacidades. Dados apresentados pelas Nações Unidas estimaram que em 1991, no Brasil, em cada grupo de mil pessoais, 17 eram portadoras de seqüelas (cit. em Whitaker. I993). Entre os danos produzidos no paciente que exemplificam essa última situação, destacam-se as lesões medulares traumáticas.

Em 1997, foram atendidos nos hospitais ligados ao SUS. 6.388 pacientes com fratura de coluna vertebral, com taxa de internação mais elevada que nos anos anteriores. Quanto à localização da fratura, mais de 50% dos casos corresponderam aos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da atuação e a possível ocorrência de seqüelas (Laurenti e cols., 1998).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Um outro exemplo pode ser dado valendo-se de estudo da distribuição de pacientes atendidos, naquele mesmo ano, na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor (rede pública e de referência nacional para recuperação e reabilitação): do total de 293 pacientes, 42.2% foram vítimas de acidentes de trânsito, 24,0% de disparos de armas de fogo, 12,4% de mergulhos em águas rasas, 11,6% de quedas e 9.5% de outros tipos de acidentes e de violências. A grande maioria desses pacientes era formada por jovens, com idade entre 10 e 29 anos - 53.7% -, o que representa para o País o ônus da perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar que, em muitos casos, pode prolongar-se por toda a vida. Ao lado disso, registre-se o fato de que são poucos os centros de reabilitação; os pertencentes ao INSS estão sendo desativadas.

O impacto da deficiência pode trazer implicações para o estado funcional do indivíduo, que engloba as funções física, psíquica e social; na capacidade para reinserção; na disposição do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes; e na disponibilidade para beneficiar-se das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem diretamente na função do indivíduo, comprometendo sua independência para a realização de atividades relacionadas, ao cuidado pessoal, mobilidade, atividades ocupacionais e profissionais.

Em outras sociedades, o processo de reabilitação envolve o esforço de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, no sentido de concretizar tal etapa que seria, ao final, habilitar o paciente para o retorno ao trabalho, reintegrando-o à força produtiva da nação. Essas ações, como também a avaliação do impacto econômico e social da incapacitação física, são incomuns no Brasil, em parte porque os incapacitados físicos constituem, em grande número, vítimas da violência urbana, inexistindo medidas sistematizadas e institucionalizadas acerca desse tema. Entretanto, algumas medidas, mesmo que restritas aos poucos serviços especializados do País, já vêm sendo desenvolvidas.

Por outro lado, ao se analisar o problema dos acidentes e das violências sob a ótica dos segmentos populacionais, observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências, quanto às características e circunstâncias em que se dão tais eventos.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica:

• acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e

• violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violência extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem conto as violências autoinfligidas (como a tentativa de suicídio).

A Constituição de 1988, em seu art. 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)-, criado pela Lei N.° 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde - art.s 13. 17 e 245, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridade competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo os setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico. Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos dessa população, o Brasil tornou-se, em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que provê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo.

Os acidentes e as violências são uma grave violação dos direitos fundamentais, assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade nesse grupo. Entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios (Assis e cols., 1994). Os jovens, ao começar a dirigir, passam a constituir população de alto risco desse tipo de acidentes, especialmente pela inexperiência na condução de veículos, pela impulsividade característica da idade, além de outros fatores, como o consumo de álcool e drogas (Bastos e Cartini-Cotrin, 1998), aliados à deficiente fiscalização existente no País.

Os acidentes domésticos que ocorreram principalmente com crianças e idosos são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras). A violência doméstica representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Em relação aos homicídios, as taxas no País (Mello Jorge e cols., 1997) também revelam uma realidade preocupante. A partir da análise das taxas disponíveis, percebe-se que a mortalidade de crianças pode ser um indicador de violência doméstica. É nessa faixa etária que se detectam mortes ocorridas no lar, sendo exemplos quedas, queimaduras, afogamentos e outras que não são devidamente investigadas, podendo, por isso mesmo, decorrer de maus-tratos (Marques, 1986; Santos, 1991; Assis. 1991; Gomes, 1998).

Os adolescentes e jovens são os mais afetados pela violência. A mortalidade nesses grupos populacionais tem como principal causa os eventos violentos: atualmente, cerca de sete, em cada 10 adolescentes, morrem por causas externas. Entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 aos 19 anos passou de 93.7 para 128.2 por 100.000 habitantes, significando um aumento de cerca ele 37% (Mello Jorge e cols., 1998). Cruz Neto e Moreira – 1998 chamam a atenção para as precárias condições de vida de crianças e adolescentes que não têm acesso à estada ou trocam as salas de aula pelo trabalho, num total descaso e desrespeito ao ECA. O número elevado de acidentes de trabalho envolvendo crianças - cuja atividade é legalmente proibida - e de adolescentes - este protegido por lei -, demanda uma ação urgente e eficaz voltada ao cumprimento do ECA.

Os adolescentes e jovens com atividade sexual iniciada cada vez mais precocemente, e desprotegida, apresentam consequências sérias somo as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), a Aids, o aborto e a gravidez não planejada, elevando a mortalidade materna já relevante no contexto nacional e em outros países em desenvolvimento. Soma-se a isso o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade econômica e de sobrevivência desses indivíduos. Agravando essa situação, registre-se a falta de orientação adequada e o despreparo da escola, dos serviços de saúde e da sociedade em lidar com a questão da sexualidade.

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados com maior frequência, maridos, companheiros e parentes próximos. Dados de 1998 da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) - indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher.

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela e violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor.

Os maus-tratos contra os idosos, aqui consideradas as pessoas a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, dizem respeito às ações únicas ou repelidas que causam sofrimento ou angústia – ou, ainda, a ausência de ações que são devidas -, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança (Action of Elder Abuse, 1995; Unpea, 1998).

Embora não se disponha de dados estatísticos sobre incidência e prevalência, sabe-se, a partir de dados realizados em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra (Pillemer & Wolf, 1998; Podnicks, 1989; Ogg and Bennett, 1992) que a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Some-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a autonegligência. Cabe ressaltar que a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, é uma forma de violência presente tanto em nível doméstico quanto institucional, levando muitas vem ao comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária (Eastman, 1994). Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

As quedas causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda. Cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas, aumentando os custos da atenção à saúde e retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por um longo período.

Nas áreas urbanas, os acidentes sofridos pelos idosos, como quedas, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, sufocações e outras lesões, são muito frequentes devido à vulnerabilidade aos riscos presentes tanto no ambiente doméstico, quanto no âmbito público (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados, criminalidade). Os acidentes e as violências com frequência não são corretamente diagnosticados, tendo em vista que há falta de informação e preparo dos profissionais de saúde para enfrentar estes eventos, descrédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e destes profissionais, além de constrangimento do idoso em acusar pessoas de sua família.

Como se depreende da análise precedente, os acidentes e as violências configuram problema de grande magnitude para a sociedade brasileira. Por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. Nesse sentido, a presente Política setorial lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua finalidade – o alcance da qualidade de vida - e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária.

Tal opção leva em conta que a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis - individuais e coletivos - e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Nesta Política, portanto, estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País.

2. PROPÓSITO

Os princípios básicos que nortearam esta Política Nacional são:

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e
- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A presente Política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esse fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais.

Nesse sentido, esta Política setorial prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a estes eventos.

Esse enfoque baseia-se no fato de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população. Acresce-se a isso que cada um dos acidentes e das violências, em maior ou menor grau, é passível de prevenção.

Assim, considerando o quadro dos acidentes e das violências descrito no capítulo da Introdução, a presente Política Nacional tem como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

3. DIRETRIZES

Para a consecução do propósito desta Política, são estabelecidas as diretrizes a seguir explicitadas, as quais orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades.

São as seguintes as diretrizes mencionadas:

promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;

monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;

sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;

assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;

estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;

capacitação de recursos humanos; e

apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A implementação dessa diretriz compreenderá a ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e das violências, bem como o reforço das ações intersetoriais relacionadas ao tema. Para tanto, deverão ser utilizadas diversas estratégias, entre as quais figuram, por exemplo, a implementação de propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas “Promotoras de Saúde”. Tais estratégias levarão em conta as recomendações oriundas das conferências internacionais relativas à promoção da saúde, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis.

A essas estratégias, deverão ser acrescidos: a divulgação mais técnica dos dados sobre acidentes e violências, o apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e elaboram edições temática.

Por outro lado, buscar-se-á desenvolver também a corresponsabilidade do cidadão num sentido amplo, incluindo a participação na reivindicação, nas proposições e no acompanhamento desta Política, e na promoção de ambientes seguros e comportamentos saudáveis relacionados à prevenção de acidentes e de violências e de seus fatores de risco, como uso de drogas, anuas de fogo e, com destaque, o consumo de álcool, a não observância de regras de segurança e as relações interpessoais conflituosas. As medidas nesse sentido considerarão tanto os ambientes domésticos, de lazer, de trabalho e de trânsito, quanto aqueles em que se desenvolvem os processos de convivência social.

As iniciativas voltadas à corresponsabilidade do cidadão envolverão igualmente a formação e informação continuada da população - junto às escolas, locais de trabalho, lazer e organizações sociais e mídia - sobre a prevenção de acidentes e de violências e a atuação frente a sua ocorrência, incluindo os primeiros gestos diante de uma urgência ou emergência.

A observância dos dispositivos contidos no arcabouço legal referente ao trânsito constituirá, de outra parte, medida importante para que se disponha de condições adequadas à implementação de ações dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas de acidentes. No conjunto dos diplomas legais, destacam-se o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), em especial o art. 78 da Lei N.º 9.503 de 23 de setembro de 1997, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Segundo esse Artigo, os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, deverão desenvolver e implementar programas de prevenção de acidentes.

Destaca-se, também, o Decreto N.° 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que destina 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde, o qual deve utilizar 90% deste montante na prevenção e no atendimento às vítimas de acidente de trânsito; os outros 10% destinados ao Fundo devem ser repassados mensalmente ao coordenador do Sistema Nacional de Trânsito para aplicação exclusiva em programas de prevenção. Já a Portaria Interministerial N.º 4.044, de 18 de dezembro de 1998, dos Ministérios da Saúde, da Fazenda e da Justiça, determina que suas entidades representativas adotem medidas destinadas a assegurar ampla e permanente divulgação dos direitos dos assegurados.

A sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da população em geral constituirão medidas essenciais para a promoção de comportamentos não-violentos. Quanto aos formadores de opinião, deverão ser promovidos debates sobre estratégias de comunicação que estimulem a adoção de atitudes e valores contrários à prática da violência, nos quais buscar-se-á em eventos conjuntos, a participação dos diversos setores envolvidos na prevenção da violência aos diferentes segmentos da população.

As campanhas de mobilização social buscarão o envolvimento da população na identificação e prevenção da violência e dos acidentes contra todos os segmentos sociais. Além da elaboração e da divulgação de materiais educativos, deverão ser identificados outros mecanismos capazes de tornar acessíveis as informações sobre o problema da violência em redes de comunicação e movimentos sociais organizados. Paralelamente às campanhas, serão desenvolvidos processos de educação, com participação ativa dos grupos sociais.

As medidas preventivas compreenderão a articulação e o desenvolvimento de ações não governamentais e de diferentes conselhos. Para tanto, deverá ser apoiado o desenvolvimento de projetos conjuntos, bem como a realização de estágios de pessoal dessas organizações em centros de referência como, por exemplo, os da mulher.

No tocante à recuperação das vítimas de acidentes e de violências, o setor saúde prestará informação, orientação e apoio tanto a estas quanto às suas famílias. Neste sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de seqüelas e deficiências, bem como de seus familiares.

Os estados e municípios deverão realizar ações sistemáticas de sensibilização para a prevenção de acidentes e de violências, adequadas à cultura local. Ao lado disso, será produzido material educativo acerca da prevenção de acidentes e de violências destinado aos profissionais de saúde e de educação.

Em relação à unidade familiar, as medidas estarão voltadas tanto para o reconhecimento quanto para a redução da violência doméstica, envolvendo um conjunto de ações intersetoriais, tendo em conta o caráter multifatorial para a sua determinação, principalmente com as áreas da justiça e da segurança pública. Assim, o desenvolvimento das ações pautar-se-á pela tipificação da violência sofrida, considerando que os comportamentos violentos acontecem num contexto relacional em que os sujeitos estão implicados ora como vítimas, ora como sujeito das agressões, e que as pessoas envolvidas nestas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões em que estão inseridas. Especificamente em relação aos idosos, será fundamental o investimento na formação de cuidadores.

Atenção prioritária deverá ser dada às crianças, adolescentes, jovens, portadores de deficiência física e mental e idosos em condição asilar, garantindo-lhes o cumprimento dos dispositivos legais concernentes aos direitos destes grupos, de forma articulada com entidades de classe, conselhos, organizações não-governamentais e a sociedade em geral.

Serão fundamentais a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra esses segmentos populacionais é potencializadora da violência social em geral. Neste sentido, deverá ser consolidado o entendimento de que é possível modificar a cultura, os comportamentos e as atitudes que a reproduzem. Particularmente quanto às crianças, adolescentes e idosos, promover-se-á o cumprimento das Leis N.ºs 8.069/90 e 8.842/94, visando a notificação dos maus-tratos em relação a esses segmentos populacionais.

Já a orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessária, informações aos pacientes e aos seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação preventiva e corretiva, levando em consideração o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

As ações de prevenção das violências e dos acidentes deverão estar incorporadas em todos os programas, planos e projetos de atenção a grupos específicos da população e a temas de saúde. Neste contexto, o setor saúde deverá também incentivar e participar, em conjunto com trabalhadores, responsáveis pelas empresas, polícia, defesa civil, órgãos ambientais e corpo de bombeiros, da elaboração de planos de emergência em locais que manipulam produtos perigosos e que possuem risco de provocar acidentes ampliados.

3.2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências

A implementação dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências.

A melhoria das informações constituirá uma das prioridades à qual deverá ser concedida atenção especial. Uma das medidas, neste sentido será a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, a partir dos quais viabilizar-se-á a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos. A base para a implementação dessa medida estará representada pela elaboração de normas técnicas respectivas; adequação de instrumentos de registros, com a introdução de questões específicas para o diagnóstico de violências e de acidentes; e inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH / SUS).

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais, configurará, por outro lado, iniciativa fundamental para a monitorização adequada da ocorrência desses eventos. Isso implicará a adoção de diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde.

Deverão ser sensibilizados, também, os dirigentes de institutos de medicina legal quanto à importância, para o setor, dos dados existentes nestes serviços. Para tal, constituirão mecanismos importantes a mobilização e a capacitação de médicos que atuam nesses institutos, bem como o estímulo ao provimento de recursos físicos e materiais necessários.

A monitorização da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, principalmente mediante:

• a promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas;

• a elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o torneamento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho;

• a criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar;

• a otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios;

• a efetivação do disposto na Portaria GM/MS Nº 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar;

• a inclusão de “lesões e envenenamentos" com detalhamento do tipo de causas externas como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial;

• o estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco. Essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme;

• a criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis;

• a inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia - Centros de Intoxicação -, em hospitais de atendimento médico de urgência;

• a identificação e implementação de mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.

A monitorização da situação envolverá, também, o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, estimulando-se experiências locais e a união de esforços nas áreas em que vários procedimentos já estão sendo desenvolvidos, com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Neste contexto, deverão ser incentivados estudos amplos e consistentes acerca da morbimortalidade, inclusive com a determinação de seus possíveis fatores de risco.

Em relação a acidentes de trânsito, o sistema de vigilância epidemológica compreenderá a implantação, com recurso eletrônico, de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Esta rede deverá estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicarão a definição de um boletim de ocorrência padrão e a formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito.

O setor saúde deverá participar da monitorização dos acidentes ampliados, levantando, junto com os outros órgãos, as causas, as conseqüências a curto e longo prazos, bem como os recursos envolvidos na sua mitigação.

3.3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

O fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) será fundamental para a consecução do propósito desta Política, para o que deverão ser promovidas medidas que permitam o aprimoramento dos serviços existentes. Entre essas, figurará a identificação de fontes de recursos destinados à preparação de pessoal e à aquisição de materiais. Neste contexto, poderão ser fixados critérios diferenciados de incentivos para que estados e municípios invistam nesses serviços.

Além dessas medidas, deverão ser revistas e ou estabelecidas normas técnicas específicas, em conjunto com os diferentes setores envolvidos, para a padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas, bem como para a formação de recursos humanos.

Paralelamente, os órgãos competentes promoverão a análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrência de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados, a partir dos quais serão estabelecidos, juntamente com a defesa civil, planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados. Será promovida, também, a integração do APH ao atendimento hospitalar de emergência, com a implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios, às quais competirá a articulação com os órgãos que mantêm este tipo de serviço, estimulando-os a atuar de forma compartilhada.

Ao lado disso, deverá ser incentivada a organização de consórcios entre municípios de menor porte e a ampliação do APH para as rodovias, por intermédio das polícias rodoviárias estaduais e federais, segundo normas estabelecidas de comum acordo entre estas e os gestores do SUS, em suas respectivas amas de abrangência.

3.4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de fornia que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. A consecução desse atendimento dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e as áreas jurídicas e de segurança, para o que será provida a respectiva assessoria técnica no tocante à definição, implantação e avaliação das ações. Nesse particular, ainda, deverão ser apoiados projetos e repasse de recursos voltados à estruturação e à organização mencionadas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infra-estrutura.

A assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

Essa assistência orientar-se-á por normas específicas sobre o tratamento das vítimas de acidentes e de violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais. Além disso, deverá ser estimulada a criação de núcleos de trabalho acerca do tema nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, nas sociedades científicas, nas instituições e serviços públicos e privados afins, bem como em grupos organizados da sociedade civil.

Serão definidas unidades de atendimento paria emergências e urgências, conforme o seu grau de complexidade, sistematizando o atendimento específico e contribuindo para uma menor pletora nos serviços de alta complexidade. Em regiões onde não houver condições para a instalação de serviços com complexidade mediana, serão estimuladas, sobretudo mediante a organização de consórcios intermunicipais, a regionalização e a hierarquização do sistema de atenção hospitalar.

Paralelamente, promover-se-á a valorização, a especialização, a atualização e a reciclagem de profissionais que atuam nos serviços de emergência. Buscar-se-á, igualmente, maior vinculação das universidades, com vistas à formação de recursos humanos para esse fim.

Os esforços deverão centrar-se na formação de profissionais especializados em emergências, clínicas traumáticas, cirúrgicas e atendimento pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao atendimento pediátrico. Deverá ainda ser enfocada a especialização em gerenciamento de serviços de saúde. A formação desses profissionais contemplará, além dos aspectos clínico, cirúrgico e gerenciais, a abordagem psicossocial nos casos de violência.

A formação e a certificação de profissionais atuantes no sistema de emergência pré-hospitalar e hospitalar serão de responsabilidade das escolas de medicina e enfermagem credenciadas pelo Ministério da Educação. Somam-se aos núcleos formadores e certificadores as sociedades médicas, de enfermagem e científicas cuja titulação seja reconhecida.

Nas localidades onde seja elevada a demanda de pacientes aos hospitais de emergência de alta complexidade, serão criados serviços de pronto atendimento, em diversas áreas das regiões metropolitanas, que atuarão principalmente como instâncias de estabilização e triagem, reforçando as demais medidas voltadas à hierarquização e descentralização do sistema de atenção hospitalar de emergência.

A ampliação do número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergência constituirá, da mesma forma, medida essencial. Tais leitos deverão ser criados na própria unidade hospitalar que postula setor de urgência, bem como em hospitais de retaguarda destinados a dar o devido suporte às referidas unidades. Paralelamente, procurar-se-á também adequar a oferta de leitos de terapia intensiva, quer para adulto, quer pediátrica.

Com relação aos serviços de atenção especializada – tais como unidade de queimados, centros de atendimentos toxicológicos, unidades de hemodinâmica, diálise, gestação de alto risco, entre outros -, serão procedidos levantamentos para avaliação e posterior adequação às necessidades. Todas as unidades de atendimento a grandes emergências e aquelas que forem únicas em determinadas localidades ou regiões do País deverão desenvolver e adotar treinamentos simulados, em situação de catástrofe ou ocorrências que envolvam grande número de vítimas.

A unidade de tratamento de pacientes de alto risco será um ambiente obrigatório em qualquer serviço de urgência, independente de seu nível de complexidade e da etiologia do agravo. Terá como finalidade oferecer o suporte avançado de vida a qualquer paciente, seja cirúrgico ou clinico, que esteja em risco iminente de morte. Essas unidades deverão atender pacientes de todas as faixas etárias, garantidas as condições clínicas para o transporte adequado de pacientes entre diferentes serviços.

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a estas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Deverão ser estabelecidos serviços de referência para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias.

O cartão da criança será ser utilizado e valorizado como instrumento básico de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como de registro de situações de risco, tais como: modificação do ritmo de crescimento, não cumprimento do calendário de vacinação, atraso nas etapas do desenvolvimento, desnutrição, desmame, que poderão, dentro de um atendimento geral, auxiliar na detecção de situações de negligência.

O atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde contemplará o aumento da autoestima, de modo que elas se sintam fortalecidas para identificar soluções, em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia. Dessa forma deverão ser contempladas também atividades voltadas à reeducação de agressores e garantidas redes de apoio para o atendimento, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal.

A assistência aos idosos, no âmbito hospitalar, lesará em conta que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do enfermo hospitalizado. Neste sentido, a capacidade funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde - ambulatórios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros -, na conformidade do que estabelece a Lei N.° 8.842/94, em seu art. 4°, inciso VIII, e o art. 17, do Decreto N.° 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados - conveniados ou contratados - pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que será sempre observado é a possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco envolvidos. O profissional de saúde, quando houver indícios de que um idoso possa estar sendo submetido a maus-tratos deverá denunciar sua suspeita.

Especial atenção será dada à formação das equipes de saúde para o diagnóstico e o registro corretos da relação entre trabalho, acidentes e violências. Para tanto, a rede assistencial deverá ser capacitada não só para prestar a atenção requerida, mas também para acionar o desencadeamento de ações de prevenção. Para tanto buscar-se-á a contínua integração entre as ações assistenciais e aquelas atinentes à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, para que sejam desencadeadas medidas oportunas e adequadas nos ambientes de trabalho, visando ao controle e ou eliminação dos fatores de risco neles presentes.

Além disso, incentivar-se-á a criação e a capacitação de unidades de emergências para o atendimento de intoxicações, enfatizando-se aquelas decorrentes de agrotóxicos, com apoio toxicológico de emergência e de referência.

3.5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A operacionalização dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nem fase da atenção.

O processo de reabilitação, que tem início na instituição de saúde, dirigirá suas ações não somente para a educação do paciente como, também, de sua família. Assim, os serviços de reabilitação prestarão atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar seqüelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral.

Para favorecer o alcance da independência do paciente dentro da nova situação, procurar-se-á provê-lo dos vários recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses, cadeiras de rodas e auxílios de locomoção, como andadores, muletas, bengalas, meios de comunicação alternativos, entre outros.

Deverão ser criados mecanismos que favoreçam a informação, orientação e apoio ao paciente e a sua família como sujeitos da ação de recuperação. Dois desses mecanismos serão a sensibilização e a informação dos gerentes dos serviços e dos profissionais de saúde sobre os seus respectivos papéis na orientação dos portadores de seqüelas e familiares.

A readaptação do paciente à família e à sociedade requererá a adoção de medidas essenciais, tais como:

• diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas;

• levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades;

• adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte, de modo a permitir a redução do número de acidentes e a livre locomoção dos pacientes, eliminando-se barreiras arquitetônicas e superando barreiras culturais;

• incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de seqüelas.

Paralelamente, promover-se-á a organização de uma rede coordenada de atendimento - incluindo equipes de reabilitação para atendimento na própria comunidade -, mediante a sistematização e conjugação de esforços e de serviços existentes na região. Tal estratégia visa potencializar os recursos disponíveis localmente, bem como aqueles que são colocados à disposição por parte das diferentes instâncias do SUS, de que são exemplos os recursos financeiros repassados pelo nível federal aos gestores estaduais e municipais para o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais e hospitalares.

A entrada do usuário nessa rede dar-se-á pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades. Essa organização da atenção não significa que, pelo fato de ser assistido em um serviço de menor complexidade, o paciente não terá acesso aquele compreendido nos outros níveis. Na realidade, essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando-se a sobrecarga de qualquer um dos serviços.

3.6 Capacitação de recursos humanos

A preparação de recursos humanos deverá atender a todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes aqui fixadas, destacando, em especial:

• promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas;

• criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde;

• complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC:

• promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado - homologado pelo MEC - para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar.

• capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional; tal capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo.

3.7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e a violências constituirá medida essencial para que o tema seja, efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde.

As pesquisas deverão integrar estudos de cunho sócio-antropológico, essenciais para a identificação dos valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e institucionais e de outras áreas afins do tema. Aliam-se a essas, pesquisas epidemiológicas e clínicas que permitam a identificação de fatores de risco e de proteção envolvidos nas redes causais de acidentes e de violências, ao mesmo tempo que indicam áreas e grupos sociais mais vulneráveis a esses agravos.

Será necessário também desenvolver investigações quanto ao impacto socioeconômico das violências e dos acidentes na sociedade. Para tanto, as universidades e os centros de investigação deverão estar integrados com as temáticas geradas a partir dos serviços.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País - propósito desta Política Nacional - requererá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas.

Por outro lado, tendo em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, esta Política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais. Essas parcerias significam a conjugação de esforços que se expressam mediante a implementação de um amplo e diversificado conjunto de ações articuladas, voltadas à prevenção de acidentes e de violências e, por via consequência, à redução da ocorrência destes eventos, contribuindo, assim, para a qualidade de vida da população.

Na articulação intersetorial será buscado o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, que é um dos elementos capazes de refletir decisivamente na redução de acidentes e de violências no País.

4.1. Articulação intersetorial

No âmbito federal caberá ao Ministério da Saúde promover a articulação dentro do próprio setor e com as instâncias a seguir identificadas, com as quais buscará construir e consolidar as parcerias anteriormente referidas, a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

partir das medidas aqui explicitadas e consideradas essenciais para o alcance do propósito estabelecido na presente Política Nacional.

Além das responsabilidades específicas em relação a esta Política, caberá também aos gestores estaduais e municipais do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência, estabelecer a indispensável parceria, preconizada neste documento.

A. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Buscar-se-á, em especial com essa Secretaria, a promoção de medidas destinadas a adequar e ou readequar os espaços urbanos, domésticos e dos edifícios públicos e particulares, com vistas à prevenção de acidentes e de violências, e permitir a livre locomoção dos pacientes vítimas destes eventos.

B. Ministério da Justiça

A parceria a ser estabelecia visará principalmente:

• a sensibilização e a capacitação de médicos que atuam nos institutos de medicina legal para que possam fornecer, adequada e oportunamente, atendimento humanizado, favorecendo a emissão de laudos completos para a adoção das medidas cabíveis, bem como a alimentação dos sistemas de informações;

• a criação de eventos específicos para a discussão de questões polêmicas como o atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas de abuso sexual;

• a integração dos sistemas de informações relacionados a acidentes e a violências, disponíveis nos âmbitos policial e de trânsito, inclusive com a padronização nacional dos formulários de cada um destes sistemas;

• a promoção de medidas destinadas a melhorar a segurança dos pedestres, dos condutores, dos passageiros, dos veículos a das vias públicas;

• a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias;

• a promoção de medidas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto à importância do Código, entre as quais destacam-se: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco que interferem na direção segura; a divulgação, em nível nacional, do Código e de sua regulamentação, de modo a facilitar a participação do poder público e da população; o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, ressaltando o seu papel na prevenção, inclusive com a elaboração de manual acerca desta participação no trânsito;

• o cumprimento de dispositivo contido no CTB relativo à utilização no trânsito dos recursos nele gerados, sobretudo na introdução de novas tecnologias e no treinamento de recursos humanos;

• o cumprimento e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante, por exemplo, o fortalecimento das medidas adotadas contra a prostituição infanto-juvenil, a erradicação do trabalho infantil e as referentes a crianças, adolescentes e jovens autores de atos infracionais;

• a divulgação da Lei N.° 9.534/97 e a promoção do seu cumprimento, em especial no que respeita à gratuidade do registro civil de nascimento;

• o estabelecimento de protocolos de cooperação visando à prevenção e ao atendimento das vítimas de acidentes e de violências, compreendendo a elaboração e implantação de projetos conjuntos, bem como a padronização de formulários, como o Boletim de Ocorrência Policial, entre outros;

• o treinamento para policiais, técnicos do IML e demais profissionais envolvidos, respeitadas as suas áreas de competência;

• a adoção de medidas de controle de armas de fogo, considerando-as como importante fator de risco para a violência.

C. Ministério da Educação

Buscar-se-á, com esse Ministério, sobretudo:

• a inclusão nos currículos de primeiro e segundo graus, bem como nos cursos profissionalizantes e técnicos, de conteúdos referentes à prevenção de acidentes e de violências;

• a mobilização das universidades para que induzam investigações atinentes aos acidentes e às violências, não só divulgando-as em publicações científicas, mas de forma que contribuam, inclusive, para a melhoria e o aprimoramento da rede de serviços;

• a inclusão, nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, educação, assistência social e direito de disciplina relacionada a acidentes e a violências;

• a adoção, no nível médio de ensino, de currículo interdisciplinar com conteúdo programático sobre defesa civil;

• o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;

• o incentivo, nos cursos de graduação da área de saúde, à formação em emergência;

• o estabelecimento de currículo mínimo para técnicos de emergência e de profissionais;

• o apoio no estabelecimento de cursos e estágios de educação continuada e atualização para profissionais de saúde e outros envolvidos no atendimento pré-hospitalar e hospitalar às eminências;

• o estímulo à criação de residência médica e de enfermagem em emergência - contemplando aspemos do planejamento, administração e prestação de serviços - e a sua respectiva homologação pelos órgãos competentes.

D. Ministério do Trabalho e Emprego

A parceria a ser estabelecida visará a implementação das medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e o fortalecimento das iniciativas destinadas a erradicar o trabalho infantil e a coibir a exploração do trabalho juvenil; além disso, procurará viabilizar a ampliação do programa de bolsas de trabalho para jovens.

E. Ministério da Previdência Social

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida buscará promover a ampliação da cobertura e o aperfeiçoamento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

F. Ministério dos Transportes

A parceria visará, sobretudo, a adoção de medidas destinadas a melhorar a segurança das vias públicas, mediante a inclusão, nos contratos de concessão de rodovias, de normas técnicas de procedimento, bem como de auditoria técnica independente.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

G. Ministério da Ciência e Tecnologia

A articulação objetivará, em especial:

• a indução, por parte do MCT, de pesquisas que englobem as diferentes questões relativas a acidentes e a violências, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento das medidas dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas destes eventos;

• o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos de todas as fontes, particularmente dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;

• o estímulo à criação de novas tecnologias - preventivas, recuperativas e reabilitadoras - inerentes às violências e aos acidentes.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde

• Implementar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento desta Política Nacional, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.

• Assessorar as Unidades Federadas na elaboração e implementação de suas respectivas políticas estaduais.

• Desenvolver e implementar mecanismos que possibilitem a articulação intrasetorial.

• Promover a ampliação da abrangência dos sistemas de informação inerentes à morbidade e mortalidade, de modo que cubram, de forma adequada e suficiente, dados relativos a acidentes e a violências; criar sistema padronizado e integrado que contemple dados relacionados a atendimentos de pré-hospitalar, pronto-socorro e ambulatório, que permita as investigações das causas externas; e viabilizar auditoria relativa a qualidade da informação.

• Incorporar as causas externas como agravo de notificação.

• Organizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Promover o diagnóstico, a notificação e o acompanhamento dos casos de violência doméstica em crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e portadores de deficiência visando o atendimento e o conhecimento destes casos.

• Promover a elaboração e acompanhar o cumprimento das normas relativas a acidentes e a violências no âmbito do setor saúde.

• Promover o cumprimento, no âmbito da ação especifica do setor, dos preceitos contidos no ECA, no que se refere ao direito à vida e à saúde da criança e do adolescente (art.s 7 a 14).

• Apoiar a plena implantação do CTB, com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias.

• Participar da promoção de medidas preventivas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto a sua importância, entre as quais se destacam: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco e o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, inclusive da elaboração de manual acerca desta participação.

• Estabelecer recomendações clínicas sobre patologias e comportamentos que possam comprometer a capacidade de dirigir e associar-se a organizações da sociedade civil, empresas públicas e privadas para a sua imensa divulgação.

• Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação desta Política.

• Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, promover a disseminação e divulgar as informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

• Promover a capacitação de recursos humanos.

• Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentas da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

• Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

• Fomentar a organização e a consolidação de serviços de atendimento pré-hospitalar, assim como estabelecer normas para o seu funcionamento, integrando-os ao atendimento hospitalar de emergência.

• Apoiar a organização da rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, bem como para a recuperação e reabilitação.

• Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a padronização, em âmbito nacional, de boletim de atendimento médico ao nível pré-hospitalar, hospitalar de emergência e ambulatorial, possibilitando a ação efetiva de vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Inserir de forma destacada, nas bulas de medicamentos, informações acerca dos riscos do uso destes produtos na execução de determinadas atividades, de que são exemplos a operação de máquinas pesadas, a direção de veículos, entre outras, inclusive quanto aos seus efeitos potencializadores.

• Restar assessoria na organização de consórcios intermunicipais.

4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde

• Elaborar, coordenar e executo a política estadual relativa a acidentes e a violências, no âmbito do setor saúde, consoante a esta Política Nacional.

• Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, decorrentes desta Política.

• Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.

• Organizar, padronizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Organizar e implementar sistemas integrados de informação de morbidade e mortalidade, relacionados a acidentes e a violências.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

• Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação da presente Política e da respectiva política estadual.

• Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas nesta Política Nacional e na respectiva política estadual.

• Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

• Promover e realizar a capacitação de recursos humanos, conforme preconizado na diretriz referente ao tema, com vistas à prevenção e qualidade de atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas da saúde e afins.

• Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

• Promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e de violências, que incluam, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do IML, Conselhos Tutelares e Varas de Infância e Juventude.

• Apoiar os municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

• Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.

• Organizar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, promovendo, se for o caso, o estabelecimento de consórcios intermunicipais.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente

• Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.

• Promover e executar as medidas necessárias visando a integração da programação municipal à adotada pelo estado.

• Promover e executar a articulação entre os diferentes setores no município, visando a implementação das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.

• Promover e executar o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar o elenco das atividades específicas decorrentes das Políticas Nacional e Estadual.

• Estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbirmortalidade por acidentes e violências.

• Desenvolver ações relativos à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Promover a observância da Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos saudáveis por parte dos munícipes, mobilizando, para tanto, os diferentes segmentos sociais locais.

• Aplicar e acompanhar o cumprimento das normas decorrentes desta Política.

• Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.

• Organizar e implementar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, estabelecendo, se for o caso, consórcios intermunicipais.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A parir de sua operacionalização a presente Política Nacional compreenderá o desenvolvimento de um processo sistematizado de avaliação, com um acompanhamento permanente que permita o conhecimento da repercussão das ações sobre a ocorrência de acidentes e de violências no País, bem como acerca das consequências decorrentes destes eventos, sobretudo no tocante ao atendimento, recuperação e reabilitação de pessoas vitimadas. Além disso, deverá possibilitar a incorporação de novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos relacionados a acidentes e a violências e a realização de eventuais ajustes que venham a ser ditados pela prática.

Para o desenvolvimento desse processo, serão definidos parâmetros, critérios e metodologias específicas, capazes de, inclusive, favorecer o conhecimento da repercussão das medidas levadas a efeito por setores com os quais se buscará estabelecer parcerias, identificadas no capítulo "Responsabilidades Institucionais", deste documento.

Tais acompanhamentos e avaliação poderão valer-se dos dados e informações gerados pelos diferentes programas, planos, projetos ou atividades que serão operacionalizados a partir desta Política.

Além da avaliação anteriormente prescrita, procurar-se-á investigar a repercussão desta Política sobre a qualidade de vida das pessoas, bem como a sua contribuição para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 7° (Lei N.° 8.080/90), destacando-se:

• a “integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (inciso II);

• a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);

• o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde" (inciso V);

• a "conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população" (inciso XI);

• a "capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência" (inciso XII); e

• a "organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos" (inciso XIII).

O processo de acompanhamento aqui preconizado deverá, igualmente, avaliar em que medida estão sendo cumpridas as metas e compromissos internacionais dos quais o Governo Brasileiro é signatário, bem como daqueles oriundos de eventos nacionais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

6. TERMINOLOGIA

Abandono: ausência ou deserção por parte do responsável, dos cuidados, necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado;

Abuso financeiro aos idosos: exploração imprópria ou ilegal e ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso;

Abuso físico ou maus-tratos físicos: uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade;

Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social;

Abuso sexual: ato ou jogo sexual que ocorre em relação hétero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;

Acidentes ampliados: são acidentes relacionados a indústrias de processos contínuos, não se restringem ao ambiente de trabalho, afetando comunidades do entorno e produzindo efeitos adversos ao longo do tempo;

Autonegligência: conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado;

Acidentes de transporte: todo acidente que envolve veículo destinado ao transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro;

Acidentes de trânsito: acidentes com veículos, ocorridos na via pública;

Agentes tóxicos: toda substância que, em contágio com o organismo, causa alterações eia suas funções;

Atendimento de recuperação e reabilitação: atendimento oferecido após a alta do paciente, geralmente em ambiente ambulatorial;

Atendimento pré-hospitalar: atendimento especializado oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada ao hospital;

Causas externas: ocorrências relacionais e acidentais e circunstâncias ambientais como causas de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos;

Deficiência: qualquer perda ou alteração de uma estrutura, função de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica;

Fatores de risco: elementos de qualquer origem que possam comprometer ou colocar em risco a integridade física e ou emocional de um indivíduo;

Imaginologia: estudo de todos procedimentos diagnósticos por imagem;

Incapacidade: qualquer restrição ou falta - resultante de uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade nos moldes e limites considerados normais para um ser humano;

Informações tóxico-farmacológicas: informações sobre envenenamentos por medicamentos, produtos domiciliares, inseticidas, plantas tóxicas, animais peçonhentos, metais pesados, euforias (cocaína, LSD etc.), interações medicamentosas ou de drogas e teratogênese, bem como ações preventivas na área toxicológica;

Negligência: recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima;

Notificação: é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde;

Reabilitação: desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais;

Recuperação: ato de recuperar, recobrar ou restaurar funções, membros ou segmentos corporais que foram atingidos por lesões ou traumas;

Sequelas: danos deixados por qualquer doença ou agravo;

Profissionais responsáveis pela segurança relacionados ao Atendimento Pré-Hospitalar: Corpos de Bombeiros, Policiais Civis, Militares, Rodoviários, e outros profissionais, devidamente reconhecidos pelo Gestor público da saúde, para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em suporte básico de vida (intervenção conservadora não-invasiva) sob supervisão médica, normalizados pelo SUS;

Suporte básico de vida: estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas (como imobilização do pescoço, compressão de sangramento etc.);

Suporte avançado de vida: estrutura de apoio oferecido a pacientes em risco de morte, promovido por profissionais médicos, por intermédio de medidas não-invasivas ou invasivas (como, por exemplo, drenagem de tórax, acesso às vias aéreas, acesso venoso etc.);

Unidade de tratamento de pacientes de alto risco: ambiente destinado a oferecer suporte básico e avançado de vida, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto intra quanto inter-hospitalar; e

Veículos para atendimento pré-hospitalar: viaturas equipadas com equipamentos para resgatar vítimas presas em ferragens ou em outras condições anômalas.

ANEXO VIII

Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Origem: PRT MS/GM 1876/2006)

Art. 1º Ficam instituídas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio serão organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não governamentais, nacionais e internacionais, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, I)

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, II)

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, IV)

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VI)

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VII)

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VIII)

Art. 3º A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotarão as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 3º)

Art. 4º A Secretaria de Atenção à Saúde constituirá um Grupo de Trabalho, a ser instituído por portaria específica, para propor a regulamentação dessas diretrizes. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 4º)

Art. 5º A regulamentação dessas diretrizes será apresentada e pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 5º)

ANEXO IX

Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Origem: PRT MS/GM 874/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 2º)

Art. 3º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II)

Art. 4º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º)

I - princípios gerais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, I)

II - princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, II)

III - princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, III)

IV - princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, IV)

V - princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, V)

VI - princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VI)

VII - princípios e diretrizes relacionados à educação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VII)

VIII - princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VIII)

Seção I

Dos Princípios Gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º Constituem-se princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º)

I - reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, I)

II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, II)

III - formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, III)

IV - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, IV)

V - a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, V)

Seção II

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Promoção da Saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º Constitui-se princípio relacionado à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a identificação e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a saúde e a qualidade de vida. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 6º)

Art. 7º São diretrizes relacionadas à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º)

I - fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, I)

II - realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, II)

III - promoção de hábitos alimentares saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, III)

IV - promoção de práticas corporais e atividades físicas, tais como ginástica, caminhadas, dança e jogos esportivos e populares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IV)

V - enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente, por meio de práticas de promoção da saúde com caráter preventivo e sustentável; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, V)

VI - desenvolvimento de ações e políticas públicas para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VI)

VII - promoção de atividades e práticas relacionadas à promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, chegando, por exemplo, às escolas, aos locais de trabalhos e aos lares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VII)

VIII - avanço nas ações de implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, de que trata o Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VIII)

IX - fomento à elaboração de documentos normativos voltados à regulamentação de produção e consumo de produtos e alimentos cuja composição contenha agentes cancerígenos e/ou altas concentrações de calorias, gorduras saturadas ou trans, açúcar e sal; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IX)

X - fomento à ampliação de medidas restritivas ao marketing de alimentos e bebidas com alto teor de sal, calorias, gorduras e açúcar, especialmente os direcionados às crianças. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, X)

Seção III

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Prevenção do Câncer

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Constitui-se princípio da prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a eliminação, redução e o controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 8º)

Art. 9º São diretrizes relacionadas à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º)

I - fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, I)

II - prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, II)

III - implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento ("screening") e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, III)

IV - garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, IV)

V - estruturação das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, V)

Seção IV

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Vigilância, ao Monitoramento e à Avaliação

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 10. Constitui-se princípio da vigilância, do monitoramento e da avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização da vigilância do câncer por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer e de seus fatores de risco e proteção. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 10)

Art. 11. São diretrizes relacionadas à vigilância, ao monitoramento e à avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11)

I - monitoramento dos fatores de risco para câncer, a fim de planejar ações capazes de prevenir, reduzir danos e proteger a vida; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, I)

II - utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer, produzidos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II)

a) pelos diversos sistemas de informação do SUS, dentre os quais os de mortalidade, de morbidade, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, a)

b) pelos registros do câncer de base populacional e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, b)

c) pelos inquéritos e pesquisas populacionais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, c)

d) pelas estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, d)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - implementação e aperfeiçoamento permanente da produção e divulgação de informações, com vistas a subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, III)

IV - monitoramento e avaliação do desempenho e dos resultados das ações e serviços prestados nos diversos níveis de atenção à saúde, para a prevenção e o controle do câncer, utilizando critérios técnicos, mecanismos e parâmetros previamente definidos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, IV)

V - monitoramento e avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, do tempo de espera para início do tratamento e da satisfação do usuário; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, V)

VI - realização de pesquisas ou de inquéritos populacionais sobre a morbidade e os fatores de risco e de proteção contra o câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, VI)

Seção V
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção V)

Art. 12. Constitui-se princípio do cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 12)

Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 13)

Art. 14. São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14)

I - tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, I)

II - atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, II)

III - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, III)

IV - oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, IV)

Seção VI
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Ciência e à Tecnologia
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 15. Constitui-se princípio da ciência e da tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a utilização da ATS para a tomada de decisão no processo de incorporação, reavaliação ou exclusão de tecnologias em saúde, com a articulação dos diversos setores do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 15)

Art. 16. São diretrizes relacionadas à ciência e à tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16)

I - estabelecimento de métodos e mecanismos para análise de viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde, voltados para prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, I)

II - implementação da rede de pesquisa para a prevenção e o controle do câncer em conformidade com os objetivos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de modo a aumentar a produção de conhecimento nacional relacionada a esta área; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, II)

III - implementação de práticas de elaboração de parecer técnico-científico, ATS e AE para subsidiar a tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias no SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, III)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no inciso II, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde foi aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Seção VII
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Educação
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VII)

Art. 17. Constitui-se princípios da educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de que trata o Anexo XL . (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 17)

Art. 18. São diretrizes relacionadas à educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18)

I - fomento à formação e à especialização de recursos humanos para a qualificação das práticas profissionais desenvolvidas em todos os eixos fundamentais contidos nesta Política; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, I)

II - implementação, nas Comissões Estaduais de Integração Ensino-Serviço (CIES), de projetos educativos voltados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais, de gestão e que envolvam a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, II)

Seção VIII
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Comunicação em Saúde
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VIII)

Art. 19. Constitui-se princípio da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 19)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 20. São diretrizes da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20)

I - estabelecimento de estratégias de comunicação com a população, com os profissionais de Saúde e com outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e as diversas estratégias de prevenção e de controle, buscando a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, I)

II - estímulo às ações de fortalecimento da capacidade individual e coletiva de comunicação em saúde, promovendo mudanças a favor da promoção da saúde, da prevenção e do controle do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, II)

CAPÍTULO III
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III)

Seção I
Das Responsabilidades das Esferas de Gestão do SUS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 21. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21)

I - organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, I)

II - ter atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir do perfil epidemiológico do câncer e das necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, II)

III - reorientar o modelo de atenção às pessoas com câncer com base nos fundamentos e diretrizes desta Política e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, III)

IV - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IV)

V - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com câncer, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, V)

VI - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, transformando as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, referentes à qualificação das ações de promoção da Saúde, de prevenção e do cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VI)

VII - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam na prevenção e no controle do câncer nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VII)

VIII - desenvolver, disponibilizar e implantar sistemas de informações para coletar, armazenar, processar e fornecer dados sobre os cuidados prestados às pessoas com câncer, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, a avaliação, o monitoramento e o controle das ações realizadas, garantindo a interoperabilidade entre os sistemas; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VIII)

IX - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, incluindo tempo de espera para início do tratamento e satisfação do usuário, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IX)

X - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção e ao cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, X)

XI - realizar parcerias com instituições internacionais e com instituições governamentais e do setor privado para fortalecimento das ações de cuidado às pessoas com câncer; em especial na prevenção e detecção precoce; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XI)

XII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução desta política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XII)

XIII - elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cânceres mais prevalentes, para apoiar a organização e a estruturação da prevenção e do controle do câncer na rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIII)

XIV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos registros hospitalares de câncer (RHC) nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia e seu respectivo compromisso de envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde e ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS), anualmente, para consolidação nacional e divulgação das informações; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIV)

XV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), tendo por compromisso a consolidação e a divulgação das informações de acordo com suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XV)

XVI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capilarização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVI)

XVII - desenvolver estratégias de comunicação sobre fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVII)

XVIII - monitorar, avaliar e auditar a cobertura, produção, desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle do câncer no País no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVIII)

XIX - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIX)

XX - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com câncer, com sustentabilidade do sistema público de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XX)

XXI - estabelecer e implantar o acolhimento e a humanização da atenção, com base em um modelo centrado no usuário e em suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XXI)

Art. 22. Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, I)

II - analisar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, II)

III - consolidar e divulgar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, III)

IV - definir diretrizes gerais para a organização de linhas de cuidado para os tipos de câncer mais prevalentes na população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, IV)

V - elaborar protocolos e diretrizes clínicas terapêuticas de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, V)

VI - realizar estudos de ATS e AE, no intuito de subsidiar os gestores de saúde e tomadores de decisões no que se refere à incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VI)

VII - estabelecer diretrizes e recomendações, em âmbito nacional, para a prevenção e o controle do câncer a partir de estudos de ATS e AE, levando em consideração aspectos epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos do local que irá incorporar e implantar as diretrizes e recomendações; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VII)

VIII - efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VIII)

Art. 23. Às Secretarias de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23)

I - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, I)

II - coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, II)

III - coordenar o apoio aos Municípios para organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, III)

IV - apoiar a regulação e o fluxo de usuários entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IV)

V - analisar os dados estaduais relacionados às ações de prevenção e de controle do câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, V)

VI - implantar e manter o funcionamento do sistema de RHC nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia, com o compromisso do envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde, especificamente ao INCA/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VI)

VII - analisar os dados enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde onde existem o (RCBP implantado, divulgar suas informações e enviá-las para o INCA/SAS/MS e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), responsáveis pela consolidação nacional dos dados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VII)

VIII - garantir e acompanhar o processo de implantação e manutenção dos RHC dos serviços de saúde habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VIII)

IX - utilizar as informações produzidas pelos RHC para avaliar e organizar as ações e os serviços de saúde de alta complexidade e densidade tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IX)

X - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão estadual, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, X)

XI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XI)

XII - apoiar os municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XII)

XIII - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIII)

XIV - efetuar o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIV)

Art. 24. Às Secretarias Municipais de Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, com inclusão de seus termos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, I)

II - planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - organizar as ações e serviços de atenção para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se os serviços disponíveis no município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, III)

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IV)

V - pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, V)

VI - pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VI)

VII - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VII)

VIII - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos sobre sua gestão que ofertam ações de promoção e de prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VIII)

IX - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sobre gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IX)

X - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, X)

XI - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, XI)

Art. 25. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal competem as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 25)

Seção II
Das Responsabilidades das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 26. Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I)

a) realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, tais como alimentação saudável e atividade física, e prevenção de fatores de risco, tais como agentes cancerígenos físicos e químicos presentes no ambiente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, a)

b) desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer ou conforme diretrizes definidas localmente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, b)

c) avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, c)

d) realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, d)

e) implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, e)

f) encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, f)

g) coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, g)

h) registrar as informações referentes às ações de controle de câncer nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, h)

i) realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com as UNACON e os CACON, articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, i)

j) desenvolver ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional, tanto a ocupação atual quanto as anteriores, contendo atividades exercidas e a exposição a agentes cancerígenos inerentes ao processo de trabalho, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, j)

II - Componente Atenção Domiciliar: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II)

a) realizar o cuidado paliativo de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, a)

b) atuar com competência cultural, para reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas, aliada à humildade cultural, para a ênfase ao respeito dessas mesmas características observadas, em espaço e em tempo tão íntimos que é o evento morte no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, b)

c) comunicar-se de forma clara, possibilitando ao paciente e à família a possibilidade de receber todas as informações necessárias e expressar todos os sentimentos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, c)

d) atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase no controle da dor; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, d)

e) preparar paciente e familiares para a morte dentro dos limites de cada um, e proporcionar o máximo alívio do sofrimento; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, e)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

f) instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, f)

g) proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possível. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, g)

III - Componente Atenção Especializada: composto por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica que devem apoiar e complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde, sendo constituído por: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III)

a) Atenção Ambulatorial: composto por conjunto de serviços que caracterizam o segundo nível de atenção, qual seja de média complexidade, e que realizam o atendimento especializado, exames para diagnóstico do câncer, apoio terapêutico e o tratamento de lesões precursoras, com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a)

1. realizar assistência diagnóstica e terapêutica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 1)

2. realizar, sempre que necessário, a contrarreferência dos usuários para a unidade básica de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 2)

3. oferecer apoio técnico às equipes de Atenção Básica e de Atenção Domiciliar com o objetivo de ampliar a resolutividade destes; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 3)

4. estabelecer e assegurar o encaminhamento dos usuários, quando indicado, com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as UNACON e os CACON. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 4)

b) Atenção Hospitalar: composto pelos hospitais habilitados como UNACON e CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, sendo que: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b)

1. Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, enquanto as estruturas hospitalares habilitadas como CACON realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

2. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

3. 2. oferecer serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

4. 3. registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

5. 4. realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

6. 5. ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

7. 6. ao CACON, oferecer, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

8. 7. À UNACON, oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

9. 8. na hipótese das UNACON e dos CACON não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, estes serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

10. os Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica procedem ao tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos operados que necessitam de complementação terapêutica, clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados, sendo que sua estruturação deve considerar dados epidemiológicos (população sob sua responsabilidade, estimativa de incidência e envelhecimento populacional), as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

11. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

12. 2. oferecer o tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e desenvolver ações de cuidado às pessoas com câncer, em especial, na atenção às intercorrências ou agudização da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

13. 3.encaminhar, de forma regulada, os casos que necessitam de complementação terapêutica clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

14. 4.realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

15. 5.registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

c) Rede de Urgência e Emergência: responsável por prestar cuidado às pessoas com câncer nas suas agudizações e, sempre que necessário, encaminhá-los para a UNACON ou o CACON responsável por seu cuidado, ou ainda, para o hospital geral de referência, sendo que os usuários que buscarem um serviço de urgência e emergência e, no momento do atendimento, forem diagnosticados com suspeita de câncer devem ter assegurados encaminhamento e, se necessário, transferência para uma UNACON ou um CACON, ou um hospital geral de referência. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, c)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IV - Componentes dos Sistemas de Apoio: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV)

a) realizar exames complementares relativos ao rastreamento, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, a)

b) registrar e inserir os dados pertinentes nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, b)

c) participar dos programas de garantia de qualidade dos exames de diagnóstico implantados; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, c)

d) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS nos termos da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, d)

V - Componente Regulação: responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer, com atuação de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, V)

VI - Componentes dos Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI)

a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários com câncer, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, a)

b) viabilizar e implementar a estrutura necessária para a informatização dos pontos de atenção à saúde por meio de recursos humanos, equipamentos, acesso à internet, entre outras medidas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, b)

c) prever centrais de regulação para o diagnóstico e tratamento do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, c)

VII - Componente Governança: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII)

a) pactuar os planos de ação regionais e locais para a prevenção e o controle do câncer, de acordo com o COAP, cabendo às Comissões Intergestores pactuarem as responsabilidades dos entes federativos; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, a)

b) instituir mecanismo de regulação do acesso para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade no acesso às ações e aos serviços para a prevenção do câncer e o cuidado ao paciente com câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, b)

CAPÍTULO IV
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO IV)

Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 27. Os parâmetros, as metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer deverão estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, III)

§ 1º O planejamento estratégico deverá contemplar ações, metas e indicadores de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde dos usuários deverão ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 2º)

CAPÍTULO V
DA REDE COLABORATIVA PARA QUALIFICAR O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Art. 28. Fica instituído o Comitê de Mobilização Social para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º)

I - ampliar a discussão relacionada à prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama, difundindo informações e envolvendo a sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, I)

II - contribuir para a mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama; e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, II)

III - contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, III)

§ 2º O Comitê de Mobilização Social será composto por representantes das seguintes Instâncias: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º)

I - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, II)

III - Instituto Mulheres pela Assistência Integral à Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (IMAIS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, III)

IV - Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IV)

V - Articulação das Mulheres Brasileiras (AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, V)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VI - Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VI)

VII - Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VII)

VIII - Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VIII)

IX - ONU Mulher; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IX)

X - Artistas e Intelectuais; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, X)

XI - Secretaria de Políticas da Mulher (SPM); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XI)

XII - Comissão de Saúde do Congresso Nacional; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XII)

XIII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIII)

XIV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIV)

XV - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

XVI - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde (ANEPS); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVI)

XVII - Rede de Educação Popular e Saúde (REDPOP). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

§ 3º A coordenação do Comitê de Mobilização Social será responsabilidade do Gabinete do Ministro, com o apoio técnico e institucional da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 3º)

§ 4º O Comitê de Mobilização Social se reunirá semestralmente, ou em caráter extraordinário quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 4º)

Art. 29. Fica instituído o Comitê de Especialistas para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º)

I - contribuir com base em evidências científicas aplicadas à saúde pública para respaldar e aperfeiçoar as diretrizes de ação formuladas. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º, I)

§ 2º O Comitê de Especialistas será composto por representantes da academia com atuação nas áreas afins e profissionais de notório saber no tema específico, compromissados com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e vinculados às entidades a seguir relacionadas: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º)

I - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, II)

III - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, V)

VI - Sociedade Brasileira de Citologia Clínica (SBCC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBCP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VIII)

IX - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IX)

X - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, X)

XI - Instituto de Câncer de São Paulo (ICESP - SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XI)

XII - Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XII)

XIII - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIII)

XIV - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia do HPV (INCT/HPV); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIV)

XV - Hospitais do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (PROADI); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XV)

XVI - Hospital Pérola Byington / Centro de Referência da Mulher (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVI)

XVII - Universidade de Brasília (UNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVII)

XVIII - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVIII)

XIX - Universidade Federal de Goiás (UFG); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIX)

XX - Universidade Federal de São Paulo (USP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XX)

XXI - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXI)

XXII - Universidade do Estado de São Paulo (USP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXII)

XXIII - Fundação Oncocentro de São Paulo (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIII)

XXIV - Centro Estadual de Oncologia (CICAN/SESAB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIV)

XXV - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXV)

XXVI - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

XXVII - Hospital Amaral Carvalho (Jaú - SP); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVII)

XXVIII - Hospital de Câncer de Barretos. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVIII)

XXIX - Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (CONSINCA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXX - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXI - Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXII - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

§ 3º O Comitê de Especialistas será vinculado e coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde e deverá reunir-se pelo menos duas vezes ao ano, ou em caráter extraordinário quando solicitado, conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Outros especialistas ad hoc poderão ser convidados, quando julgado necessário e conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 4º)

Art. 30. Fica instituída a Rede Colaborativa para a Qualificação do Diagnóstico e Tratamento das lesões precursoras do Câncer do Colo do Útero com a responsabilidade de articular e promover a implantação de Centros Qualificadores de Ginecologistas para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero, bem como definir critérios de produção e qualificação para a certificação de serviços de confirmação diagnóstica e de tratamento dessas lesões, entre outras atividades que objetivem aperfeiçoar a linha de cuidado para a prevenção e tratamento do câncer do colo do útero no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Rede Colaborativa será coordenada por comissão composta de representantes dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

III - Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, IV)

V - Instituto de Ginecologia da UFRJ. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, V)

Art. 31. A Secretaria de Atenção a Saúde tomará as devidas providências para a operacionalização do estabelecida neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 4º)

CAPÍTULO VI

DO COMITÊ TÉCNICO ASSESSOR PARA ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

Art. 32. Fica instituído o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 1º)

Art. 33. O referido Comitê terá como atribuição assessorar o Ministério da Saúde na elaboração de políticas, incorporação de novas tecnologias e definição de protocolos. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 2º)

Art. 34. O Comitê, coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a)

1. Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 1)

2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 2)

b) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, c)

d) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, d)

II - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, III)

IV - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, V)

VI - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VIII)

IX - Sociedade Brasileira de Cancerologia; e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IX)

X - Instituições e especialistas na área de oncologia e saúde da mulher convidados pela coordenação. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, X)

CAPÍTULO VII

DO PRIMEIRO TRATAMENTO DO PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA, NO ÂMBITO DO SUS

Art. 35. Este Capítulo dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma do art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 1º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 36. Considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna comprovada com: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º)

I - a realização de terapia cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, I)

II - o início de radioterapia; ou (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, II)

III - o início de quimioterapia. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Os pacientes sem indicação das terapêuticas antitumorais descritas nos incisos I a III do "caput" terão acesso a cuidados paliativos, incluindo-se entre estes o controle da dor crônica, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 37. O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1220/2014)

§ 1º O prazo previsto no "caput" poderá ser reduzido por profissional médico responsável, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Não se aplica o prazo previsto no "caput" aos seguintes casos de neoplasia maligna: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º)

I - câncer não melanótico de pele dos tipos basocelular e espinocelular; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, I)

II - câncer de tireoide sem fatores clínicos pré-operatórios prognósticos de alto risco; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, II)

III - casos sem indicação de tratamento descritos no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, III)

§ 3º Os casos de neoplasia maligna especificados no art. 37, § 2º observarão protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e notas técnicas justificativas publicadas pelo Ministério da Saúde e disponibilizadas por meio dos endereços eletrônicos http://www.saude.gov.br e http://www.inca.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 3º)

Art. 38. Para efetivação do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, observar-se-á o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º)

I - atendimento do paciente no SUS; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, I)

II - registro do resultado do laudo patológico no prontuário do paciente no serviço do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, II)

III - encaminhamento para unidade de referência para tratamento oncológico, incluindo-se a realização do plano terapêutico estabelecido entre a pessoa com câncer, o médico responsável e a equipe de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, III)

Art. 39. Cabe aos serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção observar o fluxo disposto no art. 38 e prestar assistência adequada e oportuna aos usuários com diagnóstico comprovado de neoplasia maligna de acordo com as responsabilidades descritas na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 5º)

Art. 40. O médico e/ou equipe de saúde registrará no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), além de outros dados, as seguintes datas: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º)

I - em que foi firmado o diagnóstico de neoplasia maligna em laudo patológico; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, I)

II - de registro do exame no prontuário do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, II)

III - do primeiro tratamento conforme o art. 37. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A data de que trata o inciso III do "caput" será registrada pelo serviço de saúde para o qual o paciente foi referenciado, após a efetiva realização do primeiro tratamento contra a neoplasia maligna comprovada. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 41. Compete aos Estados, Distrito Federal e Municípios organizar a assistência oncológica e definir fluxos de referência para atendimento dos usuários comprovadamente diagnosticados com neoplasia maligna para o cumprimento do disposto neste Capítulo e em consonância com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. No caso de encaminhamento do usuário para serviços de saúde situados em outro ente federado ou região de saúde, o fluxo de referência de que trata o "caput" será pactuado previamente na respectiva Comissão Intergestores e divulgado para todos os serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 42. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º)

I - prestar apoio e cooperar tecnicamente com os gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para organização dos serviços de saúde a fim de cumprir o disposto neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, I)

II - garantir o financiamento para o tratamento do câncer, nos moldes das pactuações vigentes, de acordo com as suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, II)

III - elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionadas ao tratamento de neoplasias malignas; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, III)

IV - definir diretrizes para a organização das linhas de cuidado na prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, IV)

V - monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com as suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, V)

§ 1º Fica criada Comissão de Monitoramento e Avaliação do cumprimento da Lei nº 12.732, de 2012, de caráter permanente, composta por representantes, um titular e um suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I)

a) do Departamento de Articulação de Redes (DARAS/SAS/MS), que a coordenará; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

b) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, b)

II - da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II)

a) do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SGEP/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, a)

b) do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, b)

III - da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, III)

IV - da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, IV)

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes máximos dos respectivos órgãos e entidades à coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Comissão de Monitoramento e Avaliação poderá convocar servidores das unidades do Ministério da Saúde e da ANVISA para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Compete à Comissão de Monitoramento e Avaliação: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º)

I - garantir o cumprimento do disposto nos incisos I a V do "caput"; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, I)

II - acompanhar o processo de implantação do SISCAN em território nacional; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, II)

III - acompanhar a elaboração e a execução dos planos regionais dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, III)

IV - constituir forças-tarefas específicas, quando necessário, para execução de atividades relacionadas ao cumprimento das competências previstas neste parágrafo; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, IV)

V - realizar outras medidas necessárias para a implementação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, V)

Art. 43. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º)

I - definir estratégias de articulação com as direções municipais do SUS com vistas à elaboração de planos regionais; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, I)

II - realizar o diagnóstico da capacidade instalada com vistas a identificar os espaços territoriais sem serviços de saúde especializados em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, II)

III - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos, quando estiver no seu âmbito de gestão, e pactuar na respectiva Comissão Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, III)

IV - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, IV)

V - promover o apoio necessário à organização da prevenção e controle do câncer nos Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, V)

VI - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, VI)

Art. 44. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10)

I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos e pactuar na respectiva Comissão Intergestores quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, I)

II - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, II)

III - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, III)

Art. 45. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 11)

Art. 46. Compete aos laboratórios públicos e conveniados ao SUS que realizam exame citopatológico ou histopatológico disponibilizar o laudo para: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12)

I - o usuário ou seu representante legal; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, I)

II - o médico responsável pela solicitação; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, II)

III - a unidade de saúde solicitante. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, III)

Art. 47. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as informações descritas no modelo de prontuário disponível no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sas, observado o disposto no art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. As informações exigidas nos termos deste artigo não substituem as informações obrigatórias dos formulários já padronizados no âmbito do SUS de solicitação de exame citopatológico ou histopatológico em caso de suspeita de neoplasia maligna do colo do útero ou de mama. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 48. Os Estados que possuírem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia elaborarão planos regionais mediante pactuação prévia no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartites e, se houver, Comissões Intergestores Regionais para superar essa situação, com posterior envio à Comissão Intergestores Tripartite para conhecimento, a fim de garantir a assistência integral à pessoa com câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. Os Estados e os Municípios não estão eximidos de cumprir o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, durante o tempo em que os planos regionais não estiverem

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

efetivamente implantados e deverão, portanto, garantir o tratamento adequado e oportuno por meio de serviços de referência. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 49. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º)

I - da unidade de saúde requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I)

a) nome; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, a)

b) código do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, b)

II - do paciente: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, a)

b) data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, b)

c) nome completo da mãe; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, c)

d) número do cartão SUS. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, d)

III - dados do caso: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III)

a) tipo de exame solicitado; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, a)

b) localização da lesão; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, b)

c) acometimento de linfonodos; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, c)

d) procedência do material enviado; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, d)

e) tipo de tratamento anterior, se realizado. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, e)

IV - do médico requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, a)

b) número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, b)

c) data da requisição do exame. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, c)

CAPÍTULO VIII
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO V)

Art. 50. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção, prevenção e recuperação dos usuários em relação ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IX
DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 51. As instâncias gestoras do SUS, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), CIB e CIR pactuarão as responsabilidades dos entes federativos nas suas respectivas linhas de cuidado que compõem a Política Nacional para o Controle do Câncer, de acordo com as características demográficas e epidemiológicas e o desenvolvimento econômico-financeiro das regiões de saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. A organização dos critérios das linhas de cuidado priorizadas e de seus componentes será objeto de normas específicas pactuadas na CIT e posteriormente publicadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 52. Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias, e do INCA/SAS/MS, a estruturação e implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 30)

ANEXO X
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Origem: PRT MS/GM 1130/2015)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 1º)

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 2º)

Art. 3º Para fins da PNAISC, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º)

I - criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 10 (dez) anos ou 120 (cento e vinte) meses; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 6 (seis) meses ou 72 (setenta e dois) meses. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 16 (dezesseis) anos ou 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º)

I - direito à vida e à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, I)

II - prioridade absoluta da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, II)

III - acesso universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, III)

IV - integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, IV)

V - equidade em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, V)

VI - ambiente facilitador à vida; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VI)

VII - humanização da atenção; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VII)

VIII - gestão participativa e controle social. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VIII)

Art. 5º A PNAISC possui as seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º)

I - gestão interfederativa das ações de saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, I)

II - organização das ações e serviços na rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, II)

III - promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, III)

IV - fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IV)

V - qualificação da força de trabalho do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, V)

VI - planejamento e desenvolvimento de ações; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VI)

VII - incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VII)

VIII - monitoramento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VIII)

IX - intersetorialidade. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IX)

Art. 6º A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º)

I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, I)

II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, II)

III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, III)

IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, IV)

V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, V)

VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrassetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VI)

VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VII)

Art. 7º São ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º)

I - a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, I)

II - a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, II)

III - a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e debaixo peso, com a utilização do "Método Canguru", conforme Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IV - a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, IV)

V - a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, V)

VI - o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VI)

VII - as triagens neonatais universais. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VII)

Art. 8º São ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º)

I - a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, I)

II - a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, II)

III - a Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, III)

IV - a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, IV)

V - a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, V)

VI - a mobilização social em aleitamento materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, VI)

Parágrafo Único. Os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estão indicados no Anexo 2. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 1º)

Art. 9º São ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º)

I - a disponibilização da "Caderneta de Saúde da Criança", com atualização periódica de seu conteúdo, conforme Anexo 3; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, I)

II - a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, II)

III - o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, III)

IV - o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, IV)

Art. 10. São ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10)

I - a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, I)

II - a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, II)

III - o fomento da atenção e internação domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, III)

Art. 11. São ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11)

I - o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, I)

II - a implementação da "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência"; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, II)

III - a articulação de ações intrassetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, III)

IV - o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, IV)

§ 1º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema único de Saúde - SUS deverão notificar, ao Conselho Tutelar da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 1º)

§ 2º Definir que a notificação de que trata o § 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo 2 do Anexo X , observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento, que deverá ser preenchido em duas vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º, Parágrafo Único) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º)

Art. 12. São ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12)

I - a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, I)

II - o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, II)

III - o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, III)

Art. 13. Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 13)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 14. A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 14)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15)

I - articular e apoiar a implementação da PNAISC, em parceria com os gestores estaduais e municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Nacional de Saúde, considerando as prioridades e as especificidades regionais, estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, II)

III - propor diretrizes, normas, linhas de cuidado e metodologias específicas necessárias à implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, III)

IV - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de implementação de atenção integral à saúde da criança nas regiões de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IV)

V - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, V)

VI - fomentar a qualificação de serviços como centros de apoio e formação em boas práticas em saúde da criança, visando à troca de experiências e de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VI)

VII - monitorar e avaliar os indicadores e as metas nacionais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VII)

VIII - apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VIII)

IX - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IX)

X - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, X)

XI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos nacionais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, XI)

Art. 16. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16)

I - coordenar a implementação da PNAISC no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locorregionais e articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, no âmbito estadual e distrital, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, III)

IV - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito estadual, distrital e municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, IV)

V - monitorar e avaliar os indicadores e as metas estaduais e distritais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, V)

VI - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VI)

VII - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VII)

VIII - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17)

I - implantar/implementar a PNAISC, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais e articular o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde, e no Planejamento Regional; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, I)

II - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, II)

III - monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, III)

IV - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, IV)

V - fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, V)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, VI)

Art. 18. O financiamento da PNAISC é de responsabilidade tripartite, de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 18)

Art. 19. O processo de monitoramento e avaliação da PNAISC ocorrerá de acordo com as pactuações realizadas nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação deverão considerar os indicadores de atenção à saúde da criança, estabelecidos nos instrumentos de gestão do SUS, em âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. A PNAISC contará com documento orientador para sua implementação a ser disponibilizado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 20)

TÍTULO II
DO MÉTODO CANGURU

Art. 21. Fica aprovada a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Art. 1º)

TÍTULO III
DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)

Art. 22. Os Hospitais Amigos da Criança adotarão ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", na forma da Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Atendimento ao Parto Normal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Dentre as ações referidas no "caput", os Hospitais Amigos da Criança garantirão a vinculação da gestante, no último trimestre de gestação, ao estabelecimento hospitalar em que será realizado o parto. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 23. Os Hospitais Amigos da Criança assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na Atenção Básica, bem como o acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 5º)

CAPÍTULO I
DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERATIVOS PELA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO II)

Art. 24. Para gerenciar a implantação e a implementação da IHAC, no âmbito do SUS, ficam estabelecidas as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º)

I - ao Ministério da Saúde (MS) compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I)

a) propor normas e promover condições que qualifiquem os Recursos Humanos para a condução dos processos operacionais e fluxos da IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, a)

b) estabelecer diretrizes para habilitação dos Hospitais Amigos da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, b)

c) realizar as avaliações globais dos estabelecimentos de saúde para serem habilitados à IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, c)

d) publicar atos normativos para habilitação do estabelecimento de saúde na IHAC, bem como para definição do repasse financeiro decorrente desta habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, d)

e) entregar a placa de Hospital Amigo da Criança em solenidade oficial, recomendando-se a participação de 1 (um) representante do Ministério da Saúde, 1 (um) representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1 (um) representante da Secretaria de Saúde do Estado e 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, e)

f) monitorar e avaliar permanentemente a estratégia IHAC no País; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, f)

g) garantir a manutenção do sistema de informação "web" (SISIHAC) para coleta e gerenciamento de dados; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, g)

h) instituir a formação de 5 (cinco) polos de referência no País, com o objetivo de atuar nas atividades relacionadas à IHAC, no âmbito de cada unidade federativa da sua área de abrangência, em concordância com os critérios deste Título. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, h)

II - à Secretaria de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II)

a) coordenar a IHAC no âmbito estadual, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, a)

b) apoiar as Secretarias Municipais de Saúde para habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança dos seus Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, b)

c) disponibilizar profissionais para serem formados como avaliadores da IHAC pelo Ministério da Saúde e para os processos de apoio e avaliação dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, c)

d) promover e organizar solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Município; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, d)

e) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, e)

f) informar à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, f)

g) solicitar ao Ministério da Saúde o descredenciamento de hospital desativado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, g)

III - à Secretaria de Saúde dos Municípios compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III)

a) coordenar a IHAC, no âmbito municipal, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

b) participar, junto à Secretarial de Saúde dos Estados, do apoio à formação dos recursos humanos e à habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, b)

c) promover e organizar a solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, c)

d) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, d)

e) informar à Secretaria de Saúde dos Estados os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, e)

Parágrafo Único. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete os direitos e as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II
DA HABILITAÇÃO À IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO III)

Art. 25. Para serem habilitados à IHAC pelo código 14.16, os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão atender aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º)

I - cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim definidos: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I)

a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, a)

b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, b)

c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, c)

d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, d)

e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, e)

f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, f)

g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, g)

h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, h)

i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, i)

j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, j)

II - cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL); (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, II)

III - garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, III)

IV - cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV)

a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, a)

b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, b)

c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, c)

d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, d)

e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, e)

f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, f)

g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, g)

Parágrafo Único. O critério global Cuidado Amigo da Mulher deverá estar contido em normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 26. Os estabelecimento de saúde públicos e privados interessados em se habilitarem à IHAC, além de cumprirem as exigências do art. 25, deverão: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º)

I - apresentar requerimento por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca e preencher os formulários que estarão disponíveis no sistema de informação do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - realizar autoavaliação na qual o estabelecimento de saúde preencherá o questionário disponível no sistema de informação do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, que será analisado pela Coordenação Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno ou órgão equivalente na Secretaria de Saúde dos Estados e dará continuidade ao processo de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, II)

III - submeter-se à pré-avaliação realizada por avaliadores da IHAC no âmbito estadual; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, III)

IV - submeter-se à Avaliação Global a ser realizada por avaliadores da IHAC coordenada pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, IV)

§ 1º Na hipótese do inciso I do "caput", caso o estabelecimento de saúde não consiga acessar o sistema de informação do Ministério da Saúde, então poderá solicitar e apresentar os formulários de forma física às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Constatado na autoavaliação o cumprimento dos critérios exigidos, será realizada a pré-avaliação por 1 (um) ou 2 (dois) avaliadores da IHAC, indicados pela Secretaria Estadual de Saúde, mediante instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo deslocamento do avaliador para realizar a pré-avaliação em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no Município durante a realização da pré-avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Ao final do processo de pré-avaliação, caso o estabelecimento de saúde não atenda integralmente aos critérios descritos neste Título, a Secretaria Estadual de Saúde estabelecerá o prazo máximo de 90 (noventa) dias para realização de nova pré-avaliação, antes do início de novo processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 4º)

§ 5º A partir da comprovação do cumprimento dos critérios da IHAC na pré-avaliação, o Coordenador Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, ou órgão equivalente, solicitará a Avaliação Global ao Ministério da Saúde, por meio da CGSCAM/DAPES/SAS/MS, para dar continuidade ao processo de habilitação como Hospital Amigo da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 5º)

§ 6º A Avaliação Global analisará os critérios descritos neste Título e será realizada por 2 (dois) avaliadores credenciados e designados pela CGSCAM/DAPES/SAS/MS, sendo 1 (um) do próprio Estado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 6º)

§ 7º Os resultados da Avaliação Global deverão ser lançados no sistema de informação do Ministério da Saúde pelos avaliadores responsáveis. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 7º)

§ 8º Durante o processo da Avaliação Global, o Ministério da Saúde se responsabilizará pelo custeio do deslocamento e hospedagem do avaliador indicado pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo custo de deslocamento e hospedagem de seu respectivo avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 8º)

§ 9º O estabelecimento de saúde que, por ocasião da Avaliação Global, não atender integralmente aos critérios estabelecidos neste Título, terá o prazo de 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e solicitar à Secretaria Estadual de Saúde nova Avaliação Global. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 9º)

§ 10. Na nova avaliação referida no art. 26, § 9º , serão avaliados apenas os critérios não cumpridos na primeira Avaliação Global, caso a segunda ocorra dentro do período de 6 (seis) meses da realização desta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 10)

§ 11. Ultrapassado o período descrito no art. 26, § 10, deverá ser feita nova Avaliação Global, com análise de todos os critérios de habilitação à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 11)

§ 12. Ao final da Avaliação Global, os avaliadores informarão ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente sobre o resultado preliminar da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 12)

Art. 27. Cumpridas satisfatoriamente as exigências e procedimentos descritos nos arts. 25 e 26 do Anexo X , o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º)

§ 1º O estabelecimento de saúde habilitado receberá a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança". (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC terá validade de 3 (três) anos, devendo ser registrada no Selo de Certificação afixado à placa referida no art. 27, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Compete à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) manter os sistemas de informação atualizados com as habilitações aprovadas. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 3º)

CAPÍTULO III
DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 28. Os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC deverão submeter-se anualmente à autoavaliação constante no sistema de informação do Ministério da Saúde, com o apoio das secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10)

§ 1º A liberação do sistema de informação do Ministério da Saúde para inserção dos dados do monitoramento anual será de competência do Ministério da Saúde e ficará disponível do primeiro ao último dia útil do ano, podendo o estabelecimento de saúde preencher o questionário de autoavaliação no período que considerar mais adequado ou quando completar 1 (um) ano após a habilitação na IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º O sistema de informação do Ministério da Saúde será fechado no último dia de cada ano e o balanço dos dados informados será finalizado no último dia do mês de janeiro do ano subsequente, quando será divulgado pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde e aos Hospitais Amigos da Criança do País. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO IV
DA REAVALIAÇÃO TRIENAL
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO V)

Art. 29. A cada 3 (três) anos os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC serão reavaliados, de forma presencial, pelas secretarias de saúde dos estados ou do Distrito Federal, ou, ainda, a qualquer tempo, em virtude de denúncia de irregularidades. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11)

§ 1º Para a realização das reavaliações de que trata o "caput", a Secretária de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal designará 2 (dois) avaliadores, que não poderão manter qualquer vínculo com o estabelecimento de saúde a ser avaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 1º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

§ 2º Os avaliadores responsáveis deverão, ao final da reavaliação trienal, informar ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente, em reunião com toda a equipe, o resultado preliminar. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 2º)

§ 3º A partir do resultado final da reavaliação trienal, os avaliadores deverão registrar os respectivos dados no sistema de informação do Ministério da Saúde, onde serão disponibilizados às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde e ao estabelecimento de saúde reavaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 3º)

§ 4º Constatado, por ocasião da reavaliação de que trata o "caput", que o estabelecimento de saúde não cumpre os critérios deste Título, ser-lhe-á concedido o prazo de até 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e submeter-se a nova reavaliação acerca dos critérios não cumpridos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 4º)

§ 5º Se, por ocasião da nova reavaliação, os critérios ainda não estiverem sendo cumpridos na íntegra, mas forem constatados progressos, o estabelecimento de saúde terá o prazo de até 3 (três) meses para realizar as adequações e ser novamente reavaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 5º)

§ 6º Os resultados da reavaliação promovida pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal serão comunicados à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 6º)

§ 7º Na hipótese de o estabelecimento de saúde continuar não cumprindo os critérios deste Título, a CGSCAM/DAPES/SAS/MS indicará e enviará um avaliador para uma última reavaliação do mesmo. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 7º)

§ 8º Caso o estabelecimento de saúde não seja aprovado na última reavaliação, será automaticamente desabilitado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 8º)

§ 9º Os estabelecimentos de saúde aprovados na reavaliação receberão selo de renovação da habilitação para o próximo período trienal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 9º)

§ 10. A Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal ficará responsável pelo deslocamento dos avaliadores para realizarem as reavaliações em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no município durante a realização da reavaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 10)

CAPÍTULO V
DA DESABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE À IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 30. Serão desabilitados da IHAC os estabelecimentos de saúde que estejam nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12)

I - não for avaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal por 2 (dois) períodos de reavaliação trienal consecutivos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, I)

II - não cumprirem os critérios nas reavaliações trienais; ou (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, II)

III - não realizarem a autoavaliação por 2 (dois) anos consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, III)

§ 1º A desabilitação será feita mediante edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, revogando-se o ato anterior de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º O estabelecimento será notificado para, no prazo de 30 (trinta) dias após a sua desabilitação, devolver a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 2º)

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 31. A CGSCAM/DAPES/SAS/MS atualizará, periodicamente, os manuais instrutivos disponibilizados no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, com detalhamento dos processos de avaliação e monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 15)

Art. 32. A ouvidoria ativa do Ministério da Saúde será um dos instrumentos para direcionar à CGSCAM/DAPES/SAS/MS eventuais denúncias de irregularidades em face das boas práticas da IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 16)

TÍTULO IV
DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Art. 33. Fica disponibilizada gratuitamente a "Caderneta de Saúde da Criança" a todas as crianças nascidas em território nacional, contendo a Informação Básica Comum estabelecida pela Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 1º)

Art. 34. As cadernetas serão distribuídas aos municípios, anualmente, em quantidade suficiente para a disponibilização a todas as crianças nascidas vivas, em maternidades públicas ou privadas, naquele ano, conforme estimativa estabelecida a partir do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), por local de ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 2º)

Art. 35. Toda caderneta de saúde destinada à criança, disponível no País, deverá adequar-se ao disposto na Resolução MERCOSUL/GMC Nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 3º)

Art. 36. Ficam aprovados a Resolução Mercosul/GMC nº 04/05 e seu anexo, na forma do Anexo 6 do Anexo X e do Anexo 7 do Anexo X intitulado "Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança". (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 1º)

Art. 37. O Ministério da Saúde expedirá os atos normativos necessários para dar cumprimento à Resolução citada por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 2º)

TÍTULO V
DO COMITÊ NACIONAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E NEONATAL

Art. 38. Institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 1º)

Art. 39. Fica definida a composição do Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, com os seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IX)

X - 1 (um) representante da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante da Pastoral da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XIII)

Art. 40. Compete ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º)

I - estimular a investigação dos óbitos infantis e fetais pelas equipes de saúde, segundo critérios definidos, preferencialmente com a participação integrada dos profissionais da vigilância epidemiológica e da área de assistência em saúde (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e setores da área de assistência das Secretarias de Saúde); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, I)

II - estimular a realização de análises dos óbitos investigados segundo a possibilidade de sua prevenção, com especial atenção à identificação de problemas relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II)

a) à assistência de saúde prestada à gestante e à criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, a)

b) à organização dos serviços e do sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, b)

c) as condições sociais, da família e da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, c)

III - contribuir para a melhoria da informação em saúde, com a correção das estatísticas oficiais e qualificação das informações sobre nascimentos, óbitos infantis e fetais; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, III)

IV - contribuir para a melhoria dos registros de saúde, por meio da sensibilização dos profissionais para o correto preenchimento de prontuários, fichas de atendimento, Cartão da gestante e Cartão da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IV)

V - acompanhar, assessorar e estimular a constituição de comitês estaduais, regionais, municipais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, V)

VI - avaliar, periodicamente, os principais problemas observados no estudo dos óbitos e das medidas realizadas de intervenção para redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VI)

VII - divulgar, sistematicamente, os resultados e experiências bem sucedidas, com elaboração de material específico (relatórios/boletim periódicos); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VII)

VIII - elaborar propostas para a construção de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VIII)

IX - promover a mobilização do poder público, instituições e sociedade civil com vistas à prevenção da mortalidade infantil e fetal; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IX)

X - promover seminários, oficinas e encontros nacionais para sensibilização, troca de experiências e avaliação dos trabalhos no âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, X)

TÍTULO VI

DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUE OFEREÇAM ATENDIMENTO PEDIÁTRICO EM REGIME DE INTERNAÇÃO

Art. 41. Fica aprovado, na forma do art. 251 da Portaria de Consolidação nº 6, o Regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO X

Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Anexo 1)

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

I - INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

A presente Norma deverá ser implantada nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). As Unidades que já possuem esse Método de atendimento deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas as novas adaptações que visam melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

A adoção dessa estratégia contribui para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família.

Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a tomada de condutas que visem a um atendimento adequado ao recém-nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento familiar.

Definição

1. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social.

2. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Normas Gerais

1. A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente uma mudança de atitude na abordagem do recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização.

2. O método descrito não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras, já que estas situações têm as suas indicações bem estabelecidas.

3. O Método não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.

4. O início da atenção adequada ao RN antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de recém-nascidos de baixo peso; para elas devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

5. Nas situações em que há risco de nascimento de crianças com baixo peso, é recomendável encaminhar à gestante para os cuidados de referência, uma vez que essa é a maneira mais segura de atenção.

6. Na 2ª etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação da criança e da mãe.

7. Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru.

8. A presença de berço no alojamento de mãe e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a criança ali permaneça na hora do exame clínico, durante o asseio da criança e da mãe e nos momentos em que a mãe e a equipe de saúde acharem necessários.

9. São atribuições da equipe de saúde:

- orientar a mãe e a família em todas as etapas do método

- oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos

- encorajar o aleitamento materno

- desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição

- desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar

- participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção

- orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.

Vantagens

- aumenta o vínculo mãe-filho - reduz o tempo de separação mãe-filho

- melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso.

- estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração

- permite um controle térmico adequado - favorece a estimulação sensorial adequada do RN

- contribui para a redução do risco de infecção hospitalar

- reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso

- propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde

- possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar

- contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos

População a ser atendida

- gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso

- recém-nascidos de baixo peso

- mãe, pai e família do recém-nascido de baixo peso

Aplicação do método

O método será desenvolvido em três etapas:

- 1ª etapa

Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal.

- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário.

- Propiciar sempre que possível o contato com o bebê.

- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais.

- Oferecer suporte para a amamentação.

- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade

- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem estar do bebê.

- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências.

- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário.

- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos.

- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê.

- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.

- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento.

- Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa:

- Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos estados e/ou municípios

- Refeições durante a permanência na unidade pelos estados e/ou municípios

- Assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso

- Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

2ª etapa

Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um "estágio" pré-alta hospitalar.

2.1 São critérios de elegibilidade para a permanência nessa etapa:

2.1.2 Do bebê

- estabilidade clínica

- nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo)

- peso mínimo de 1.250g

2.1.2 Da mãe

- desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio de risco do recém-nascido.

- consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde

- capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido.

- conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru

2.2 Permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades.

2.3 Acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário.

2.4 Cada serviço deverá utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais.

2.5 A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contraindicam a permanência nessa etapa.

2.6 São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê

- compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível

- peso mínimo de 1.600g

- ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta

- sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação

- assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g

- a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana

- garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

3.3ª etapa

Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial.

3.1 Ambulatório de acompanhamento São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida

- avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte

- apoiar a manutenção de rede social de apoio

- corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias

- orientar e acompanhar tratamentos especializados

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

- orientar esquema adequado de imunizações

3.2 O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores

- o atendimento, quando necessário deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar

- ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite

- o tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade

- após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde Recursos para a implantação

1. Recursos Humanos

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método

A equipe multiprofissional deve ser constituída por:

- Médicos

- pediatras e/ou neonatologistas (cobertura de 24 horas)

- obstetras (cobertura de 24 horas)

- oftalmologista

- enfermeiros (cobertura de 24 horas)

- psicólogos

- fisioterapeutas

- terapeutas ocupacionais

- assistentes sociais

- fonoaudiólogos

- nutricionistas

- técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios com cobertura 24 horas).

2. Recursos Físicos

2.1 Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descrito nas etapas 1 e 2 dessa Norma. É importante que essas áreas permitam a colocação de assentos removíveis (cadeiras - bancos) para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 Os quartos ou enfermarias para a 2ª etapa deverão obedecer à Norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5m² para cada conjunto leito materno/berço do recém-nascido.

2.3 Recomenda-se que a localização desses quartos proporcione facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 Objetivando melhor funcionamento, o número de binômios por enfermaria deverá ser de, no máximo, seis.

2.5 O posto de enfermagem deverá localizar-se próximo a essas enfermarias.

2.6 Cada enfermaria deverá possuir um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

3. Recursos Materiais

3.1 Na 2ª etapa, na área destinada a cada binômio, serão localizados: cama, berço (de utilização eventual, mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira elevada), aspirador a vácuo, central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 Carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

Avaliação do método

Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- morbidade e mortalidade neonatal.

- taxas de reinternação.

- crescimento e desenvolvimento

- grau de satisfação e segurança materna e familiar

- prevalência do aleitamento materno

- desempenho e satisfação da equipe de saúde

- conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança

- tempo de permanência intra-hospitalar

A equipe técnica da Saúde da Criança/MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

ANEXO 2 DO ANEXO X

Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Anexo 1)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade - Lei n° 8.069, de 13.07.90 - Estatuto da Criança e do Adolescente)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO
Data do atendimento: _____/_____/_____
Unidade:
Endereço da unidade:
Telefones:
Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional):

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE
Nome:
DN: _____/_____/_____
Idade: Sexo: Registro na unidade:
Filiação:
Responsável (eis) Legal (eis)):
Acompanhamento:
Grau de Relacionamento:
Endereço:
Telefone para contato:
Referência para localização:

III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores) Maus-tratos identificados/Causador(es) provável dos maus-tratos:				
Abuso Físico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Sexual	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Psicológico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Negligência	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abandono	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____

Outras síndromes especificadas de maus-tratos: _____

Síndrome não especificada de maus-tratos: _____

Descrição sumária do ocorrido:

_____

_____

_____

_____

IV - DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnase e exame físico que sugiram a partir da caracterização de maus-tratos)

_____

_____

_____

_____

V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE

_____

_____

_____

_____

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____ em _____/_____/_____

_____ Ver instrutivo no
ATENÇÃO: verso da ficha

assinatura e Carimbo da Direção

ANEXO 3 DO ANEXO X

TABELA DE HABILITAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 1)

Tabela de Habilitação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Código da habilitação	Nome da habilitação	Tipo de habilitação
14.16	Hospital Amigo da Criança	Centralizada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

ANEXO 4 DO ANEXO X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 2)

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.003-9	Parto Normal	17%
04.11.01.003-4	Parto Cesariano	8,5%
03.10.01.004-7	Parto Normal em Gestação de alto Risco	5%
04.11.01.002-6	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	2,5%
04.11.01.004-2	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO 5 DO ANEXO X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 3)

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.002-0	Parto Normal	8,5%
	Parto Cesariano	8,5%
	Parto Normal em Gestação de alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO 6 DO ANEXO X

MERCOSUL/GMC/RES. N° 04/05 (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1)

Art. 1º Aprovar a "Informação Básica Comum para a Cadernetade Saúde da Criança", que consta como Anexo e faz parte da referida Resolução. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º A Caderneta de Saúde da Criança deve incluir o período compreendido entre o nascimento e a idade definida por cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 2º)

Art. 3º A informação básica comum deverá estar incluída na Caderneta de Saúde da Criança de cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Cada Estado Parte, de acordo com seu critério poderá agregar outros requisitos na normativa nacional ou local e/ou aumentar os requisitos referidos. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 4º)

Art. 5º Os Estados Partes colocarão em vigência as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para dar cumprimento à referida Resolução através dos seguintes organismos: (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - Brasil: Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - Paraguai: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; e (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - Uruguai: Ministerio de Salud Pública. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

Art. 6º Os Estados Partes do MERCOSUL deverão incorporar a referida Resolução aos seus ordenamentos jurídicos nacionais antes de 31 de dezembro de 2005. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 6º)

ANEXO 7 DO ANEXO X

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 2)

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Os conteúdos incluem:

1. Dados pessoais:

sobrenome(s)

nome(s)

sexo: M F

data de nascimento

local de nascimento

número e tipo de documento

endereço

2. Dados maternos:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

3. Dados paternos:

sobrenome(s)

nome(s)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

* número do documento

* local e data de nascimento

4. Dados do responsável:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

**** No caso brasileiro, o cartão SUS da criança contemplará os dados referentes aos pais ou responsáveis.***

5. Dados da gravidez e parto:

gravidez:

nº de controles pré-natais pelo pessoal que os realizou (médico, enfermeira, outros)

gravidez: simples, múltipla

vacinas recebidas

sorologia: não, sim, resultados: negativo, positivo

tratamentos

grupo sangüíneo fator RH

tipo de parto: vaginal cefálica, vaginal podálica, cesárea, fórceps, outro

lugar: institucional ou não

f) patologias detectadas na gravidez, parto e puerpério

g) recém-nascido:

peso de nascimento, tamanho, perímetro cefálico

idade gestacional (semana)

Chorou ao nascer (em caso de parto não institucional): imediatamente ou demorou a chorar.

pontuação de APGAR: (parto institucional) com cinco minutos

reanimação: Não Sim

grupo sangüíneo RH

anormalidade e malformações detectadas

patologias intercorrente

h) alimentação na alta:

aleitamento materno exclusivo

mista

artificial

i) espaço para anotação de doenças padecidas e tratamentos efetuados. Contém data, idade, diagnóstico, assinatura e carimbo do médico responsável.

j) tabela de crescimento

k) alimentação

l) desenvolvimento até um ano de vida

m) calendário de vacinação, com as vacinas recebidas

n) espaço para observações referentes à saúde bucal, ocular e auditiva.

ANEXO 8 DO ANEXO X

REGULAMENTO DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1)

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 1º A Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, tem por objetivo a obrigatoriedade, por parte dos hospitais que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, de contarem com brinquedotecas em suas dependências. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º Tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 2º)

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO II)

Art. 3º Entende-se por brinquedoteca o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo e afeto entre as crianças e seu meio social. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Entende-se por atendimento pediátrico, para efeitos da Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, a atenção dispensada à criança de 28 dias a 12 anos, em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 4º)

CAPÍTULO III

DAS DIRETRIZES

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 5º Para o cumprimento do disposto nos artigos anteriores, deverão ser observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - os estabelecimentos hospitalares pediátricos deverão disponibilizar brinquedos variados, bem como propiciar atividades com jogos, brinquedos, figuras, leitura e entretenimento nas unidades de internação e tratamento pediátrico como instrumentos de aprendizagem educacional e de estímulos positivos na recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - agregação de estímulos positivos ao processo de cura, proporcionando o brincar como forma de lazer, alívio de tensões e como instrumento privilegiado de crescimento e desenvolvimento infantil; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - ampliação do alcance do brincar para a família e os acompanhantes das crianças internadas, proporcionando momentos de diálogos entre os familiares, as crianças e a equipe, facilitando a integração entre os pacientes e o corpo funcional do hospital; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - a implementação da brinquedoteca deverá ser precedida de um trabalho de divulgação e sensibilização junto à equipe do Hospital e de Voluntários, que deverá estimular e facilitar o acesso das crianças aos brinquedos, do jogos e aos livros. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, V)

CAPÍTULO IV
DO DIMENSIONAMENTO DA BRINQUEDOTECA
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO IV)

Art. 6º O dimensionamento da brinquedoteca deve atender à RDC/ANVISA nº 50/2002, conforme descrito na Tabela Unidade Funcional: 3 - Internação: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º)

I - para os hospitais já em funcionamento e que não possuem condições de criar este ambiente específico é permitido compartilhamento com ambiente de refeitório desde que fiquem definidos os horários para o desenvolvimento de cada uma das atividades; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - deve ser prevista uma área para guarda e higienização dos brinquedos; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - a higienização dos brinquedos deve ser conforme o definido pela Comissão de Controle de Infecção do Hospital (CCIH); (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - os horários de funcionamento devem ser definidos pela direção do hospital, tendo a criança livre acesso; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - para as crianças impossibilitadas de andar ou sair do leito, os profissionais devem facilitar o acesso desses pacientes às atividades desenvolvidas pela brinquedoteca, dentro das enfermarias. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, V)

CAPÍTULO V
DOS PROFISSIONAIS
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO V)

Art. 7º A qualificação e o número de membros da equipe serão determinados pelas necessidades de cada instituição, podendo funcionar com equipes de profissionais especializados, equipes de voluntários ou equipes mistas. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 7º)

CAPÍTULO VI
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VI)

Art. 8º O financiamento para a criação das brinquedotecas contarão com subsídios do próprio estabelecimento hospitalar pediátrico ou com subsídios externos nacionais ou estrangeiros, recursos públicos ou privados. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 8º)

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VII)

Art. 9º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e as diretrizes para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da criança, cujas ações serão executadas pela Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 9º)

Art. 10. Para os fins previstos neste Regulamento, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os estados, os municípios e as entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde da criança, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 3º. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. Os casos omissos nesse Regulamento serão resolvidos com o apoio do Ministério da Saúde no que lhe couber. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 11)

ANEXO XI
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo 1 do Anexo XI . (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XI
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

1. FINALIDADE

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Considerando:

a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;

b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;

c) o conhecimento atual da Ciência;

d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;

e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;

f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e

g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;

b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e

d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

2. JUSTIFICATIVA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa et al., 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante conseqüência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.
Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional -. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

2.1. O Grande Desafio: o Envelhecimento Populacional em Condição de Desigualdade Social e de Gênero
Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população "mais idosa", ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al, 1999). Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinqüenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al, 2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).

Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (Camarano & Pasinato, 2004). No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório "V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil". De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o País, o que representa 0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem maior levando-se em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Cumpre notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003). Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003).

2.2. Contextualização: Responder às Demandas das Pessoas Idosas mais Frágeis dentre a População em Maior Risco de Vulnerabilidade

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994), a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima-Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

3. DIRETRIZES

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (Plano de Madri, Artigo 6 º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;

b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;

c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;

f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

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

h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e

i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). O Relatório Healthy People 2000 da OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde. Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal - cuidado consigo mesmo - ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (OMS, 2002).

Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

Aproveitar todas as oportunidades para:

a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;

b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;

c) valorizar e respeitar a velhice;

d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;

e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;

f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;

g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;

h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;

i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;

j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;

l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;

m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;

n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;

o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;

p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;

q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;

r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS;

s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;

t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e

u) articular as ações do SUS com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

3.2. Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.
Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

Incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa: reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no SUS.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de autoajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adscrita à equipe do Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da Estratégia Saúde da Família, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional - acamados -, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) - como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão - e qual a proporção de idosos independentes.

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos comporão a base da pirâmide.

Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) - preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva -, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior freqüência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional - acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros -, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção - primária, secundária e terciária -, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

3.3. Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da Atenção

A prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.

3.4. Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação:

a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos;

b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS;

c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa;

d) produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

e) implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso; e

f) determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

3.5. Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências.

Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

3.6. Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS

As medidas a serem adotadas buscarão:

a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;

c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais eculturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;

d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;

e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; e

f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

3.7. Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas.
3.8. Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando:

a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações;

c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; e

g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

4.1. Gestor Federal

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa;

d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional;

f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política.

4.2. Gestor Estadual

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;

e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;

f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e

j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.

4.3. Gestor Municipal:

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;

e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;

f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

5. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados.

5.1. Educação

a) inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;

b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.2. Previdência Social

a) realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; e

b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.3. Sistema Único de Assistência Social:

a) reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde;

b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira;

c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob risco social;

d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;

e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;

f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;

g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;

h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de autoajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;

i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96;

j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considerem as pessoas, suas circunstâncias e o suporte social e que atuem como aliadas no processo de desenvolvimento humano e social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social especial;

k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, eqüidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo o acesso à informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária; e

l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.

5.4. Trabalho e Emprego:

a) elaboração, implantação e implementação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado;

b) implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades; e

c) levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho, identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações.

5.5. Desenvolvimento Urbano:

a) implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei nº 5296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa; e

b) promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos indivíduos idosos.

5.6. Transportes:

a) implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004.

5.7. Justiça e Direitos Humanos:

a) promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e seu regulamento (Decreto nº 1.948/96), bem como a Lei nº 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso.

5.8. Esporte e Lazer

a) estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas.

5.9.Ciência e Tecnologia:

Fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e demais órgãos de incentivo à pesquisa, contemplando estudos e pesquisas que estejam, prioritariamente, alinhados com as diretrizes propostas nesta Política.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito - e, consequentemente, o seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos -, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos.
É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do art. 7º da Lei nº 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa;

b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e

c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

ANEXO 2 DO ANEXO XI

Obrigatoriedade da viabilização de meios que permitam a presença de acompanhantes a pacientes idosos em hospitais públicos (Origem: PRT MS/GM 280/1999)

Art. 1º É obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º)

§ 1º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no art. 1º, as internações em Unidade de Tratamento Intensivo, ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contraindicada a presença de acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico assistente. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 2º)

~~**ANEXO XII**~~

~~Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Origem: PRT MS/GM 1944/2009)~~

~~**Art. 1º** Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º)~~

~~**Parágrafo Único.** A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)~~

~~**Art. 2º** A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de que trata o art. 1º, será regida pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º)~~

~~**I -** universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, I)~~

~~**II -** humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, II)~~

~~**III -** corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, III)~~

~~**IV -** orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, IV)~~

~~**Art. 3º** A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º)~~

~~**I -** integralidade, que abrange: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I)~~

~~**a)** assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, a)~~

~~**b)** compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, b)~~

~~**II -** organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, II)~~

~~**III -** implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, III)~~

~~**IV -** priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, IV)~~

~~**V -** reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, V)~~

~~**VI -** integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, VI)~~

~~**Art. 4º** São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º)~~

~~**I -** promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, I)~~

~~**II -** captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, II)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, III)

IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IV)

V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, V)

VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VI)

VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VII)

VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VIII)

IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IX)

X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, X)

XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XI)

XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XII)

XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIII)

XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIV)

XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XV)

XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVI)

XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVII)

Art. 5º Compete à União: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º)

I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos estados e aos municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, II)

III - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, III)

IV - promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IV)

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, V)

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VI)

VII - estabelecer parceria com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais e as entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a fim de possibilitar a colaboração técnica, no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VII)

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os estados e os municípios; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VIII)

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IX)

X - estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, X)

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XI)

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XII)

XIII - elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XIII)

Art. 6º Compete aos estados: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º)

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos municípios visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

~~**III -** acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, III)~~

~~**IV -** coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IV)~~

~~**V -** promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, V)~~

~~**VI -** elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os municípios na implementação desses protocolos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VI)~~

~~**VII -** promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VII)~~

~~**VIII -** estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VIII)~~

~~**IX -** incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IX)~~

~~**X -** capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, X)~~

~~**XI -** analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, XI)~~

~~**Art. 7º** Compete aos municípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º)~~

~~**I -** implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, I)~~

~~**II -** apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, II)~~

~~**III -** implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, III)~~

~~**IV -** promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IV)~~

~~**V -** incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, V)~~

~~**VI -** implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VI)~~

~~**VII -** promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VII)~~

~~**VIII -** promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VIII)~~

~~**IX -** estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IX)~~

~~**X -** capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, X)~~

~~**XI -** analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, XI)~~

~~**Art. 8º** O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º)~~

~~**§ 1º** A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, consequentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 1º)~~

~~**§ 2º** Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 2º)~~

~~**§ 3º** Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 3º)~~

ANEXO XII
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento aos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, respeitando as diferentes expressões de masculinidades. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 2º A PNAISH atua na promoção da universalidade, integralidade e equidade na atenção e proteção à saúde, direcionada à continuidade do cuidado individual e coletivo da população masculina, seguindo os princípios e diretrizes

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

do SUS, conforme disposto no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas à população masculina: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - reconhecimento dos determinantes sociais, dos modos de vida e da situação social da população masculina, a fim de estabelecer ações de promoção e prevenção à saúde, estimulando a autonomia, o cuidado e o autocuidado dos homens; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - implementação hierarquizada, articulada e integrada da política, priorizando a atenção primária como ordenadora do cuidado, com foco na Estratégia de Saúde da Família, considerando as redes de atenção do SUS, conforme prevê o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - incorporação das questões das masculinidades, em interface com os demais marcadores sociais, como raça/cor, etnia, orientação sexual, faixa etária, deficiência, assim como, as vulnerabilidades sociais e culturais nas práticas de saúde, em especial, no cuidado e autocuidado à saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - organização e qualificação dos serviços e ações de saúde de modo a acolher os homens em suas singularidades e diversidades, de forma que os mesmos se sintam integrados no SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VI - assistência à saúde do usuário, em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça fluxo e referência entre a atenção primária e atenção especializada, assegurando projeto terapêutico singular com integralidade do cuidado à saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VII - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - ampliar e qualificar o acesso da população masculina adulta - 20 (vinte) a 59 (cinquenta e nove) anos - aos serviços de saúde do Brasil, considerando a integralidade, o enfoque sobre as masculinidades e a transversalização com os demais ciclos de vida; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família e comunidade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - organizar, implementar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade do atendimento para o enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina, estimulando o autocuidado, de acordo com a realidade dos territórios e respeitando as especificidades das masculinidades; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - promover junto à população masculina atividades de prevenção relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VII - fomentar a ampliação do acesso da população masculina aos serviços de atenção primária e atenção especializada no SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VIII - capacitar e qualificar os profissionais da atenção primária e especializada do SUS para o acolhimento e atendimento à saúde da população masculina, considerando suas demandas específicas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IX - reconhecer e fortalecer a responsabilidade integrada e articulada das três esferas de gestão e de controle social, de acordo com as competências de cada um, conforme as Lei nº 8.080, de 1990, Lei nº 8.142, de 1990, e Lei Complementar nº 141, de 2012; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

X - promover a atenção integral à saúde dos homens em situação de vulnerabilidade social; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XI - implantar e implementar ações de atenção à saúde mental e psicossocial, considerando as especificidades e diversidade dos homens, a construção sociocultural das masculinidades, reconhecendo as determinações sociais, entre essas, as violências e uso abusivo de álcool e outras drogas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XII - implantar e implementar ações de promoção da sexualidade responsável e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, além das ações de assistência às disfunções sexuais e reprodutivas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XIII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, estimulando a participação e inclusão dos homens e reconhecendo as diferentes expressões de masculinidades, enfocando as ações educativas, especialmente no que se refere ao exercício da paternidade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XIV - promover a prevenção e o controle das infecções sexualmente transmissíveis, em especial, da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites virais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XV - garantir a oferta de métodos de contracepção para os homens, como o preservativo masculino e a cirurgia voluntária masculina, a vasectomia, nos termos da legislação específica; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XVI - promover ações de prevenção que visem a redução da morbimortalidade por causas externas, como acidentes de transporte, acidentes de trabalho, violências e suicídio; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XVII - fomentar o aperfeiçoamento dos sistemas de informação de modo a possibilitar um melhor monitoramento da política e que contribua de forma mais efetiva para tomada de decisão da gestão sobre temáticas relativas à saúde do homem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XVIII - promover e realizar ações de monitoramento e avaliação da Política, contribuindo para seu aperfeiçoamento e planejamento de suas ações e estratégias; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

XIX - realizar e apoiar estudos e pesquisas que contribuam com a construção de indicadores de saúde dos homens e avaliação para melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XX - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

CAPÍTULO II
DA IMPLEMENTAÇÃO E COMPETÊNCIAS
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 5º Para atingir seus objetivos, relacionados a promover a melhoria das condições de saúde da população masculina adulta, esta política deve ser desenvolvida a partir de 5 (cinco) eixos temáticos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - acesso e acolhimento: objetiva reorganizar as ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados e acesso à saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - sexualidade responsável e planejamento familiar: busca sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos na promoção da sexualidade responsável e no planejamento familiar, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - paternidade e cuidado: objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens no exercício da paternidade em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus(uas) filhos(as), destacando como esta participação pode promover saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas(eus) parceiras(os); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - doenças prevalentes na população masculina: busca fortalecer a atenção primária no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde mais prevalentes na população masculina; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - prevenção de violências e acidentes: visa a propor e desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina com as violências e acidentes, sensibilizando os profissionais e gestores de saúde, além da população em geral sobre o tema, com o desenvolvimento de estratégias de prevenção no âmbito dos serviços de saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 6º Compete à União: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implantação e implementação da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e aos Municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades loco regionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - promover ações educativas, considerando os padrões de identidades masculinas e seus impactos sobre a saúde dos homens; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam contribuir com o aprimoramento da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores (as) e Gestores (as) do SUS, voltadas para a PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VII - estabelecer parcerias com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais, entidades de profissionais de saúde e sociedade civil organizada, cujas atividades tenham afinidade com as diretrizes e objetivos da PNAISH, a fim de possibilitar a cooperação técnica, no âmbito dos planos, programas e/ou projetos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os Estados e os Municípios; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando a difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

X - estimular e apoiar a participação social, comunitária, de setores organizados da sociedade e nas instâncias deliberativas do SUS, com foco no controle social da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos (as) trabalhadores (as) da saúde para a atenção à saúde dos homens; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação da PNAISH, considerando planos, ações e serviços de saúde voltados para a população masculina. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 7º Compete aos Estados: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - estimular e prestar cooperação técnica aos Municípios visando à implantação e implementação da PNAISH, de modo a valorizar e respeitar as diversidades loco regionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a PNAISH, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades loco regionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores (as) e Gestores (as) do SUS voltadas para a PNAISH, respeitando-se as especificidades loco regionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VI - elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação desses protocolos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VIII - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IX - incentivar e articular, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

X - desenvolver ações de capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para acolhimento e atendimento dos homens no SUS; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores e trabalhadores monitorar as ações e serviços de saúde, e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias, no âmbito de sua competência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 8º Compete aos Municípios: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a PNAISH, priorizando a atenção primária, com foco na Estratégia de Saúde da Família; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - apoiar tecnicamente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores (as) e Gestores (as) do SUS voltadas para a PNAISH, respeitando-se as especificidades loco regionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção à saúde do homem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VI - implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VII - promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipe de saúde para execução das ações propostas na PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VIII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando a difundir a PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IX - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão sobre as questões pertinentes à PNAISH, com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

X - desenvolver ações de capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para acolhimento e atendimento do homem no SUS; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias ou atividades que se fizerem necessárias, no âmbito de sua competência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 9º Poderá ser realizado incentivo financeiro federal para apoio à implementação e fortalecimento da PNAISH, por meio de transferência de recursos, editais destinados aos Estados e Distrito Federal com apresentação de projetos de acordo com critérios estabelecidos ou outras estratégias de financiamento para a qualificação da gestão da PNAISH no SUS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

CAPÍTULO III
DISPOSIÇÕES FINAIS
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 10. O processo de monitoramento e avaliação da implementação do incentivo financeiro para apoio à implementação e fortalecimento da PNAISH deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, observados os indicadores de monitoramento pactuados no Plano Nacional de Saúde pelo Controle Social do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

§ 1º A avaliação e o monitoramento têm como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade e resultado sobre a saúde dos homens e, consequentemente, sobre a qualidade de vida dessa população. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

§ 2º Deverá ocorrer avaliação detalhada e monitoramento da PNAISH por meio de planos, programas, projetos, ações e estratégias estabelecidas pelas três esferas da gestão, no âmbito de cada competência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, devem ser previamente definidos critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar ou incorporar novas diretrizes a partir de diretrizes apresentadas pelos entes no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 11. A PNAISH contará com documento orientador para sua implementação, a ser disponibilizado pela Coordenação de Saúde do Homem, da Coordenação Geral de Ciclos de Vida do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (COSAH/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS), no endereço eletrônico "https://www.gov.br/saude/pt-br". (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

ANEXO XIII
Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo 1 do Anexo XIII . (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. A aprovação de que trata este artigo tem como objetivo a reabilitação da pessoa com deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIII

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Anexo 1)

POLITICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas com deficiência nos mais diferentes campos e aspectos. A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis n.º 7.853/89 e n.º 8.080/90 - a chamada Lei Orgânica da Saúde -, bem como o Decreto n.º 3298/99.

Em seu art. 23, Capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências".

Já a Lei n.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas com deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2º, Inciso II).

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), constantes da Lei Orgânica da Saúde, destaca-se o relativo "à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral", bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7º, incisos I, II, III e IV).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto anteriormente mencionado que considera “pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano."

O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando, de uma forma ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência. O marco dessa evolução é a década de 60, em cujo período tem início o processo de formulação de um conceito de deficiência, no qual é refletida a “estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas portadoras de deficiência, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão" (Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde - do Ministério da Justiça, 1996, p.12). Tal concepção passou a ser adotada em todo mundo, a partir da divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela ONU, em 1982.

Um outro marco foi a declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) que fixou 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, colocando em evidência e em discussão, entre os países membros, a situação da população com deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação. A principal consequência daquele Ano Internacional foi a aprovação na assembleia geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, referido anteriormente (Resolução 37/52).

Esse documento ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social.

Nesse Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população com deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e execução de suas políticas, planos e programas voltados a estas pessoas.

No âmbito específico do setor, cabe registro a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1989, que definiu deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta - devida a uma deficiência - da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais).

A OMS, quase dez anos depois - em 1997 -, reapresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora denominada Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2), o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, ao invés da valorização das incapacidades e das limitações.

O CIDDM-2 concebe a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Já a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até as habilidades e condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, essa Classificação Internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental.

Essa nova abordagem representa um outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

Na raiz dessa nova abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida "como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos." (Sassaki,1997, p.3).

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social, e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender as necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas com deficiência significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade.

Em alguns países, como os Estados Unidos e o Canadá, são consideradas pessoas com incapacidades todas aquelas que têm alguma desvantagem e ou dificuldade de desempenho funcional, o que engloba a população de idosos e de pessoas com doenças crônicas potencialmente incapacitantes. No Brasil, a cultura vigente e a definição legal

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com deficiências mental, motor, sensorial e múltiplo.

Para fins de delimitação da problemática das deficiências no Brasil, são apresentados neste documento os tipos de deficiências mais abrangentes e frequentes, segundo a classificação adotada pela OMS, ou seja, as pessoas com deficiência mental, motora, auditiva, visual e múltipla.

O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, é muito difícil em razão da inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional, produzidos sistematicamente, que retratem de forma atualizada a realidade do País nesta área. A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz possui algum tipo de deficiência, das quais: 5% é pessoa com deficiência mental; 2% com deficiência física; 1,5% com deficiência auditiva; 0,5% com deficiência visual; e 1% com deficiência múltipla.

Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas com deficiência.

A Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (Pnad), realizada em 1981, incluiu questões relativas à deficiência: número e tipos de deficientes e assistência recebida. O resultado mostrou que 2% da população são de pessoas com deficiência, das quais quase a metade diz respeito à deficiência motora. Essa pesquisa aponta, da mesma forma que o Censo realizado em 1991, uma maior prevalência de incapacidades sensoriais e motoras na população acima de 50 anos de idade.

Os resultados do Censo de 1991, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam um percentual de 1,14% de pessoas com deficiência na população brasileira. Nesse Censo, foram considerados apenas os que responderam de forma positiva aos quesitos de maior grau de deficiência.

Apesar dessa limitação metodológica, o inquérito censitário traz alguns indicativos importantes. De acordo com dados desse Censo, em relação à deficiência mental há um significativo aumento a partir dos cinco anos de idade, mostrando não só o papel da escola na identificação da deficiência, mas apontando para a necessidade de um diagnóstico mais precoce, bem como para avaliações educacionais mais precisas, evitando-se correr o risco de enquadrar como pessoas com deficiência mental outras pessoas com problemas psicológicos, neurológicos ou mesmo socioeconômicos, que interferem no processo de aprendizagem.

Em relação a gênero, o Censo mostrou que 50,4% da população geral eram do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. Já a população de deficientes apresentou-se de forma inversa: 44,4% do sexo feminino e 55,65 do masculino. A diferença maior ocorre quanto à deficiência mental e, principalmente, a deficiência motora. A maior prevalência de deficiência motora na população masculina, predominante entre jovens e adultos, sugere decorrer sobretudo das causas externas, tais como os acidentes de trabalho, de trânsito etc. De outra parte, não se encontra justificativa para a incidência maior de deficiência mental no sexo masculino até a faixa etária de 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, a situação se inverte com predomínio de deficiência mental no sexo feminino. Vários fatores poderão estar relacionados, destacando-se, em especial, o aumento da vida média da população feminina.

Os resultados do Censo 91, por outro lado, não indicam diferença na prevalência de deficiências entre as populações urbanas e rurais; em relação à deficiência motora especificamente, há um relativo aumento na faixa de 20 anos ou mais de idade na população da região urbana, justificável pelos mesmos fatores citados anteriormente (violências e acidentes).

Tanto os resultados da Pnad/81 quanto os do Censo/91, ambos por amostragem e de abrangência nacional, apresentam percentuais inferiores aos estimados pela OMS. Essa diferença pode estar relacionada aos procedimentos metodológicos, como os critérios para definição da amostra ou, ainda, a dificuldades na coleta de dados e a própria conceituação de deficiência, seus tipos e graus, adotados por essas pesquisas.

A grande diferença entre os percentuais encontrados é uma demonstração de que não se dispõe de dados de abrangência nacional e representativos da magnitude do problema. Os números estimados pela OMS, assim como os do Censo e da Pnad, parecem não representar, na média, a realidade do País no que diz respeito à prevalência de deficiências, considerando as diversidades regionais e seus impactos nas condições de vida e saúde da população. As causas, assim como as consequências da deficiência, seja no nível individual do próprio deficiente, seja no nível de toda a sociedade, variam de país para país e resultam das circunstâncias socioeconômicas e das diferentes políticas que os estados adotam com vistas ao bem-estar dos seus cidadãos (Corde,1996).

As principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e de drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabetes, o infarto, os acidentes vásculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros. As doenças cerebrovasculares são a terceira causa de morte no Brasil, com prevalência de 5,8 casos por mil habitantes, acima de 25 anos de idade, significando algo em torno de 100 mil óbitos anuais (Datasus, 1997).

Essas doenças cerebrovasculares têm potencial altamente incapacitante. Estatísticas norte-americanas indicam que, para cada óbito em decorrência dessas doenças, pode haver mais de uma sobrevida.

Estima-se que, nos Estados Unidos, existam 612 hemiplégicos por 100 mil habitantes (Hamillar,1997).

Dados obtidos pelo Datasus demonstram que na cidade de São Paulo, no período 1997/98, a curva de crescimento da ocorrência por acidente vásculo-encefálico inicia-se na faixa etária dos 25 anos de idade, acentuando o seu crescimento a partir da faixa etária dos 65 anos ou mais de idade, atingindo cerca de 44% da população nesta faixa etária, com taxa de mortalidade em torno de 22,55%. Na população em geral, a taxa de mortalidade mantém-se em torno de 16%, elevando-se somente na faixa dos 65 anos ou mais de idade, como era de se esperar, devido ao envelhecimento.

Em sendo assim, os números sugerem que existe um grande contingente de indivíduos com hemiplegia e ou outras sequelas decorrentes de AVC. A faixa etária produtiva, como indicam os dados, também é atingida por acidente vascular encefálico, trazendo assim uma importante perda para o setor produtivo.

Estudo realizado em dezembro de 1998, pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em 800 pacientes matriculados, indica, entre as principais deficiências identificadas, a seguinte distribuição: hemiplegia, 18,12%; sequela de lesão medular, 17,8%; sequela de doenças osteoarticular e neuroevolutivas 14,7%; sequela de hemofilia, lesão por esforço repetitivo (LER), insuficiências vasculares periféricas pós-trauma e cardiopatias, 23,0%; e sequelas incapacitantes em idosos, 2,8%. O mesmo estudo aponta a paralisia cerebral como uma importante causa das deficiências em crianças avaliadas em 1998, atingindo a cerca de 16,4%.

A crescente urbanização e industrialização, sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente, gera o aumento de incapacidades. Há indícios de correlação entre o aumento de incapacidade e a incidência de neuroses, doenças psicossomáticas, alcoolismo, vício de drogas, acidentes de trânsito e violência urbana. Levantamento realizado nos hospitais ligados ao SUS mostrou que, em 1997, foram atendidos 6.388 pacientes com fratura da coluna vertebral, representando taxas de internação mais elevadas que nos anos anteriores. Mais de 50% desses casos correspondem a fraturas nos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da situação e a provável ocorrência de deficiências (Laurenti et all, 1998).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Quanto à lesão medular, estudo feito também na Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP, em 174 pacientes, apresenta a lesão traumática como a causa de 78% dos casos, assim distribuídos: ferimento por armas de fogo, 33%; acidente de trânsito, 19,5%; queda de altura, 19,5%; ferimento por arma branca, 2,4%; queda de objeto, 2,4%; acidente desportivo, 1,2% (Salimene, 1995). Nesse estudo, verificou-se que a faixa etária preponderantemente atingida era a de 18 a 35 anos de idade, com 53% dos indivíduos, sendo que 81,7% dos casos eram do sexo masculino.

Já o estudo procedido em pacientes atendidos na rede Sarah, em 1997, informa que do total de 293 pacientes com traumatismo da coluna vertebral, registrados naquele ano, 42% foram vítimas de acidentes de trânsito; 24% de disparo de armas de fogo; 12% de mergulhos em águas rasas; 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e violências. Clifton (1993), estudando a área de Houston - Gaves, no Texas, em 1981, encontrou 183 pacientes com lesão medular, dos quais 106 - 57,9% - eram paraplégicos. A faixa etária de maior incidência foi a de 15 a 24 anos de idade - 42,26% -, seguida daquela compreendida entre 25 a 34 anos de idade - 31,7% -, com predomínio do sexo masculino. A etiologia mais frequente foi acidente de automóveis - 41 casos -, seguido de perto por acidentes provocados por armas de fogo (38 casos). Barros Filho (1990), realizando estudos clínicos em pacientes com traumatismo da coluna vertebral e déficit neurológico, internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital as Clínicas da USP, no período de 1982 a 1987, constatou que, dos 428 pacientes, 94,3% eram do sexo masculino e na faixa etária de 21 a 30 anos. A causa principal foi ferimento por armas de fogo (34,5%).

Ao se comparar os estudos de Clifton (1993) e de Barros Filho (1990), constata-se uma semelhança muito próxima entre os dados detectados em um grande centro urbano norte-americano e São Paulo, em termos da etiologia e das características da população mais vulnerável às lesões traumáticas. Aliados àqueles observados na Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas, anteriormente citados, os resultados confirmam a violência urbana, os acidentes de trânsito e os acidentes de trabalho como importantes agentes causadores de deficiências no Brasil, neste final de século, especialmente em centros urbanos de médio e grande portes.

Analisando o problema em relação às deficiências foco desta Política - motora, visual, auditiva, mental e múltipla -, cabe assinalar inicialmente que a deficiência motora assume maior relevo a partir dos 25 anos de idade, refletindo a importância dos acidentes, das violências e de certas doenças na gênese desta deficiência.

As pessoas com deficiência motora ressentem-se de uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida. Dependendo do caso, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de próteses, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, essas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes.

Já a deficiência visual compreende uma situação irreversível de diminuição da visão, mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. O deficiente visual total ou com baixa visão tem restringida a sua velocidade de trabalho, a orientação e a mobilidade, bem como a sua capacidade de realizar tarefas. Essa deficiência é classificada pela OMS em categorias que abrangem desde a perda visual leve até a ausência total de visão. A adoção dessa classificação é recomendada para que se possa ter uma maior uniformidade de dados estatísticos e estudos epidemiológicos comparativos entre os diferentes países. Entretanto, é apenas quantitativa, baseada em valores de acuidade visual (CID).

A OMS estima que existam 38 milhões de pessoas cegas no mundo, das quais 1,5 milhão são crianças menores de 16 anos de idade. Cerca de 110 milhões de pessoas possuem baixa visão, perfazendo, assim, um total de 148 milhões de pessoas com deficiência visual. Cabe assinalar que, dois terços ou mais da cegueira total existente são evitáveis, ou seja, pode ser tanto prevenida, quanto tratada. A prevalência da cegueira varia nas diferentes partes do mundo. O Brasil e a América Latina estão, de modo geral, incluídos entre as regiões de economia e serviços de saúde razoáveis, onde calcula-se que existam de 0,6 a 0,9 pessoas cegas para cada mil habitantes, sendo que o número daquelas com baixa visão é três vezes maior.

Em crianças, as causas oculares de perda visual mais comuns são as de origem infecciosa, como a rubéola e a toxoplasmose congênita ou adquirida durante os primeiros meses de vida e as de causa hereditária (Barbieri, 1984; Waisberg, 1984; Sato e cols., 1987; Kara José e cols., 1995; Reis e cols., 1998). As de origem cerebral estão associadas a sequelas neurológicas causadas principalmente pela prematuridade, síndromes e más-formações congênitas associadas a múltiplas deficiências que, muitas vezes, sobrepujam a importância da deficiência visual (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

No adulto, com o aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônico-degenerativas - as quais aumentam com a idade -, as principais causas de perda visual são a retinopatia diabética, o glaucoma e a degeneração muscular senil. A catarata, embora seja uma das principais causas de cegueira no Brasil - mais de 70% dos casos -, não é incluída nas estatísticas de baixa visão por ser tratável e sua perda visual ser reversível após cirurgia e correção óptica convencional, como por exemplo o uso de óculos (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

Já a deficiência auditiva, caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. Assim como na visual, as pessoas com deficiência auditiva podem ter afetadas a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento integral. A estimativa da OMS, em 1993, é de que 1,5% da população brasileira - cerca de 2.250.000 habitantes - seria de pessoas com essa deficiência. As causas de deficiência auditiva de moderada a profunda, mais frequentes em crianças, são a rubéola gestacional e outras infecções pré-natais. Contudo, em cerca de 33% dos casos não se consegue estabelecer uma etiologia para essa afecção. Nos casos de deficiência auditiva de leve a moderada, a otite média é a causa mais frequente na infância, com uma incidência ao redor de 33%.

Em 1989, 90% de crianças e adolescentes até 16 anos de idade que procuraram o departamento de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com suspeita de deficiência auditiva, tiveram esta deficiência confirmada após terem sido avaliados clinicamente e submetidos a exames especializados. Desses, 90% apresentaram deficiência auditiva severa ou profunda, dos quais 95% bilaterais. Quanto à causa, concluiu-se que 45% dos casos eram de deficiência auditiva congênita; 22%, néo-natais; e 32,5%, de origem desconhecida. Nas deficiências auditivas congênitas, 16% tiveram como causa a rubéola materno-fetal; 10% associadas à prematuridade (baixo peso e hipoxemia); 9% hereditária; 1% em decorrência de casamento consangüíneo; e 11% de outras causas (Castro, 1991).

Na literatura internacional, a presbiacusia - perda auditiva devido à idade - é apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com uma incidência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos de idade. O ruído, principalmente no ambiente de trabalho, é apontado como a segunda principal causa de perda auditiva neurossensorial entre os adultos. Dados semelhantes foram reportados por Silveira em 1992.

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD), na deficiência mental observa-se uma substancial limitação da capacidade de aprendizagem do indivíduo e de suas habilidades para a vida diária. A pessoa com essa deficiência, assim, caracteriza-se por apresentar um déficit na inteligência conceitual, prática e social. Já a deficiência múltipla é a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias - mental, visual, auditiva e motora -, com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.

Em relação a essas deficiências, existem poucos estudos no Brasil que apresentam um perfil mais abrangente dos agentes etiológicos envolvidos na sua determinação. A pesquisa realizada na Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de um estudo retrospectivo de 850 casos de pessoas com deficiência, num período de 10 anos (1981-1990), detectou que 654 casos (76,94%) eram de pessoas com deficiência mental, 106 casos (12,47%) de pessoas com deficiência motora (paralisia cerebral) e 90 casos (10,58%) de pessoas com deficiência múltipla (mental e motora).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Nesse estudo, a análise da parcela de pessoas com deficiência motora e deficiência múltipla - 196 casos no total - levou a concluir que múltiplos fatores foram os agentes etiológicos mais frequentemente envolvidos, correspondendo a 32 casos ou 16,3% da amostra. Esses resultados apontam para um somatório de agressões envolvendo o sistema nervoso nos períodos pré e perinatais e ou nos primeiros dias de vida. Os "fatores ignorados" - 31 casos ou 15,8% - aparecem em segundo lugar, o que pode estar refletindo o pouco acesso da população aos meios diagnósticos.

A anóxia perinatal figura como a terceira causa de deficiências nesse grupo estudado, com 29 casos ou 14,7%, destacando-se como o agente isolado mais frequente. Isso demonstra a importância de medidas preventivas eficientes para evitar ou amenizar as lesões neurológicas ou físicas que podem ser evitadas, sobretudo durante os períodos pré e perinatal. Vale ressaltar, no entanto, que vários autores questionam a anóxia isolada como causadora de paralisia cerebral e que um índice de Apgar baixo necessariamente não determina quadros de paralisia cerebral.

Esses três agentes - múltiplos fatores, agentes ignorados e anóxia perinatal - atuam de vários modos e intensidade e os seus mecanismos de ação podem determinar desde agressões leves até graves. Como agentes infecciosos pré-natais estão a rubéola e a toxoplasmose, com 10 casos - 5,10% - em 196. De qualquer forma, há que se considerar a precariedade do atendimento pré-natal em algumas regiões, o que impossibilita o diagnóstico de muitos casos de doenças infecciosas. No conjunto dos fatores pós-natais, as infecções - meningite e meningoencefalites - têm nítido predomínio como fator isolado entre os demais: com 14 casos, corresponde a 7,14% do total de 196 analisados, sendo que, das causas pós-natais - 25 casos - , respondem por 56% dos casos.

Por não ser patologia de notificação compulsória, a paralisia cerebral apresenta-se como sendo de difícil avaliação em termos de incidência, até mesmo nos países do primeiro mundo, como na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde a incidência, na década de 50, apontava para 1,5 casos por 1.000 nascidos vivos e entre 1,5 e 5,9, respectivamente.

A morbidade aumentou nos países industrializados em função da redução da mortalidade perinatal, decorrente do aumento do índice de sobreviventes prematuros e com baixo peso. Pesquisas realizadas na Califórnia - EUA -, no período de 1983 a 1985, também apontam o baixo peso como fator associado à paralisia cerebral: de 192 casos, 47,4% eram de crianças com menos de 2.500g ao nascer.

Vale mencionar ainda a existência de doenças que, embora não estejam enquadradas como deficiência na classificação da OMS, produzem, direta ou indiretamente, graus de limitação variados e que são as condutas típicas, os distúrbios comportamentais, os distúrbios da fala e da linguagem e os transtornos orgânicos.

A despeito de as doenças crônicas apresentarem uma alta probabilidade de gerarem incapacidades, não configuram objeto desta Política na sua prevenção primária, considerando que estão sendo contempladas em políticas específicas. No entanto, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a insuficiência coronária, as doenças do aparelho respiratório (como a enfisema), as doenças metabólicas (com as diabetes mellitus e as nefropatias), as doenças hematológicas (a anemia falciforme, as hemoglobinopatias e as hemofilias), bem como o reumatismo e a hanseníase constituem campo de intervenção desta Política a partir de desvantagens e incapacidades delas decorrentes.

As pessoas com ostomias representam um segmento que pode ser classificado com deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência do sistema excretor, que produz limitações em várias esferas da vida, tanto social, quanto pessoal. Essas pessoas estão cadastradas pelo SUS e formam uma população de sete mil pessoas. As deficiências sensoriais e as múltiplas, excluída a paralisia cerebral, predominam após os 50 anos de idade, como consequência do processo de envelhecimento e do próprio aumento da vida média da população, refletindo o perfil de transição demográfica no País.

O Ministério da Saúde e a OMS apoiaram a realização de Estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem, realizados em 11 cidades de diferentes regiões do País, entre os anos de 1992 e 1999. Utilizando a metodologia de entrevistas domiciliares proposta pela Opas/OMS, esses estudos indicaram percentuais de pessoas com deficiência que variam de 2,81%, em Brasília; a 4,00%, em Taguatinga/DF; 4,30%, em Canoas/RS; 4,80, em Campo Grande/MS; 6,11%, em Santos/SP; 6,18%, em Silva Jardim/RJ; 6,97%, em Maceió/AL; 5,05%, em Santo André/SP; 7,50%, em Niterói/RJ; 9,60%, em Feira de Santana/BA; e 5,9%, em São José dos Campos/SP.

É importante ressaltar que, por se tratar de cidades com perfis populacionais distintos, com localização espacial e regional variadas e com características diferentes em termos socioeconômicos, as generalizações dos resultados para o Brasil, como um todo são desaconselháveis, o que não invalida a credibilidade dos resultados.

Esses percentuais retratam a realidade local, sendo úteis para a composição de um quadro parcial da situação da deficiência nas regiões estudadas, que podem ajudar na compreensão do problema em localidades de perfis semelhantes.

Os resultados dos estudos de prevalência permitem afirmar que as incapacidades motoras são a maioria dos casos de deficiências encontrados nas localidades estudadas, seguidas pelas deficiências mentais. Quanto maior o número de idosos na amostra da pesquisa, maior é a prevalência de incapacidades da visão e da audição. Por outro lado, é elevado o número de casos de deficiência múltipla nos municípios de menor renda per capita, entre os estudados.

A análise da situação das pessoas com deficiência deve ser realizada no contexto de diversos níveis de desenvolvimento econômico e social e de diferentes culturas. Todavia, a responsabilidade fundamental de prevenir as condições que conduzem ao aparecimento de incapacidades e de fazer frente às suas consequências recai, em toda parte, sobre os governos. Isso não diminui a responsabilidade da sociedade em geral, nem dos indivíduos e nem das organizações em particular.

No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvido em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista. Segundo Maior - 1995 -, originalmente, a reabilitação no Brasil surge em "instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, sem ouvir os próprios reabilitandos e conduzidas à margem do Estado" (p. 16).

Por outro lado, considerando que o atendimento integral à pessoa com deficiência, por parte do poder público estatal, ainda é precário, as críticas que possam ser feitas ao papel de entidades devem ser relativizadas. Além disso, devem estar sempre acompanhadas da ressalva de serem pioneiras e majoritárias na área da assistência social, educação e atenção médica a parcelas deste segmento populacional.

A situação da assistência à pessoa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas é bastante centralizada e atende a um reduzido número de pessoas com deficiência, além de não contemplar experiências comunitárias, e de seus resultados raramente ser avaliados (Corde, 1995). Todos os leitos de reabilitação, segundo código da tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), estão concentrados nas regiões Centro-Oeste e Sudeste - os Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro detêm 80% do total -, e pertencem quase que exclusivamente ao setor privado, conveniado e contratado.

Tomando por base os valores financeiros de dezembro de 1998, o gasto com internação de reabilitação alcançou o total de R$399.517,96. Em contrapartida, e a título de comparação, cabe registrar o montante despendido com internação de doentes crônicos e fora de possibilidade terapêutica, que foi de R$7.977.924,99, bem como o total de recursos com internação, nesse mesmo mês (R$340.247.853,63). A internação de doentes crônicos sem possibilidade terapêutica atende uma grande parcela de pessoas com deficiência sem, no entanto, obedecer às normas das portarias da então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), as quais regulamentam o atendimento hospitalar em reabilitação. Esses dados evidenciam um sub-registro de internação de pessoas com deficiência nos hospitais gerais e a não estruturação dos serviços de reabilitação em nível hospitalar.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Uma análise preliminar permite concluir que a estratégia usada ainda não foi suficiente para aumentar a cobertura, descentralizar o atendimento e incrementar a qualidade da reabilitação em regime de internação. Podem ser destacados como os mais prováveis fatores causais dessa situação: a falta de investimento na criação dos leitos e centros hospitalares; a pouca sensibilização de dirigentes em relação ao problema; e a remuneração insuficiente do leito de reabilitação. Acresce-se, ainda, o insuficiente engajamento dos hospitais universitários com esse tipo de internação especializada.

Na tabela SIA/SUS, os procedimentos de fisioterapia dominam os gastos, o que corrobora para a perpetuação do atendimento fragmentado e pouco compatível com a proposta de reabilitação integral. Em dezembro de 1998, as despesas com fisioterapia alcançaram um total de R$5.594.469,30, assim distribuídos: fisioterapia traumato-ortopédica, R$ 2.801.230,32; fisioterapia reumatológica, R$ 1.400.820,48; fisioterapia neurológica, R$ 1.166.205,80; fisioterapia respiratória, R$ 150.860,80; fisioterapia vascular periférica, R$ 53.993,60; e fisioterapia cardíaca, R$ 21.358,40. O montante de recursos é relativamente elevado e a aplicação concentra-se no setor privado e nas regiões Sudeste e Nordeste. Não há nenhum indicador de resultado ou de impacto dos atendimentos.

Tomando-se como exemplo o código de fisioterapia neurológica, em que foram executados 494.155 procedimentos, é possível inferir que parcela significativa dos pacientes atendidos poderia ser melhor enquadrada e assistida valendo-se do enfoque núcleo ou centro de reabilitação, com a abordagem multiprofissional. Todavia, desde a criação desse código, o valor unitário vem sofrendo corrosão e a falta de atrativo financeiro, aliada à ausência de normas de atendimentos de fisioterapia, impede a implantação e a qualidade inicialmente pretendida.

Por outro lado, um aspecto a ser considerado na assistência é a concessão e treinamento de equipamentos individuais - órteses e próteses -, ajuda técnica e bolsas coletoras. Trata-se de uma conquista importante da pessoa com deficiência, resultante das Portarias n.ºs 116/1993 e 146/1993, por intermédio do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde, que teve, inicialmente, seus recursos fixados no valor de 2,5% da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Embora o incremento tenha sido incorporado ao teto de custeio ambulatorial dos estados, a concessão de equipamento reduziu-se ou foi interrompida em muitas unidades federadas, permanecendo apenas naquelas que já tinham compromisso institucional e com maior poder de pressão de profissionais e usuários.

O referido Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS. Em decorrência desse Programa, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no Sistema, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses.

Nesse conjunto, estão: a Portaria n.º 204/91 que insere no SIH/SUS o tratamento em reabilitação e seus procedimentos; a Portaria n.º 303/92 que inclui no SIA/SUS procedimentos de reabilitação; a n.º Portaria 304/92, que fixa normas de procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 305/92, que inclui internação em reabilitação no SIH/ SUS; a Portaria n.º 306/92, que apresenta normas dos procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 225/92, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de saúde para o deficiente no SUS; a Portaria n.º 116/93, que inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS; e a Portaria n.º 146/93, que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando a reabilitação e a inserção social.

Apesar de todas as medidas até então levadas a efeito, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa com deficiência e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos, entre os quais destacam-se: a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros, a visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida destas pessoas.

Soma-se a isso o desafio de despertar a consciência da população em relação aos benefícios resultantes para os indivíduos e a sociedade da inclusão das pessoas com deficiência em todas as esferas da vida social, econômica e política. As organizações não-governamentais podem, de diversas maneiras, apoiar as ações governamentais voltadas a esse segmento populacional, sobretudo apontando necessidades, sugerindo soluções ou oferecendo serviços complementares às pessoas com deficiência.

Nesse sentido, a presente Política Nacional, para o alcance do seu propósito, apresentado a seguir, confere prioridade à mobilização da população para com a saúde das pessoas com deficiência, a partir do que viabilizará a tomada das medidas necessárias ao enfrentamento dos problemas anteriormente abordados e no provimento da atenção adequada a este segmento populacional.

2. PROPÓSITO

A presente Política Nacional do setor saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A consecução desse propósito será pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja para a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas com deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo.

3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito explicitado no capítulo precedente, são estabelecidas as seguintes diretrizes, as quais orientarão a definição ou a readequação dos planos, programas, projetos e atividades voltados à operacionalização da presente Política Nacional:

promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;

assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;

prevenção de deficiências;

ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;

organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência; e

capacitação de recursos humanos.

3.1. Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência

A implementação dessa diretriz compreenderá a mobilização da sociedade, nesta incluídos setores do governo, organismos representativos de diferentes segmentos sociais e organizações não-governamentais - entre as quais as instituições que atuam na promoção da vida independente -, visando assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência.

Essa garantia deverá resultar no provimento de condições e situações capazes de conferir qualidade de vida a esse segmento populacional. Para tanto, além da prevenção de riscos geradores de doenças e morte, constituirá foco dessa diretriz a implementação de ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida, com qualidade, das pessoas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

com deficiência. Entre os elementos essenciais nesse sentido estão a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades destas pessoas.

No tocante a ambientes favoráveis à saúde desse segmento, especial atenção será concedida às facilidades para a locomoção e adaptação dos diferentes espaços, tanto os públicos - como vias e edifícios -, quanto os domiciliares, eliminando-se, assim, barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultam a efetiva integração e inclusão. No conjunto dessas facilidades, está a construção de rampas e de corrimãos, bem como a adoção de múltiplas formas de comunicação. De outra parte, deverá ser promovido o amplo acesso das pessoas com deficiência às informações acerca dos seus direitos e das possibilidades para o desenvolvimento de suas potencialidades, seja na vida cotidiana e social, seja no trabalho, no esporte e no lazer. Ao lado disso, deverão ser desenvolvidas campanhas de comunicação social e processos educativos continuados dirigidos a segmentos específicos e à população em geral visando a superação de preconceitos e posturas que impedem ou constituam obstáculos à inclusão social das pessoas com deficiência.

Além de normas específicas de saúde que viabilizem o acesso e a qualidade das ações e serviços, o setor promoverá o estabelecimento ou o cumprimento daquelas afetas a outros setores voltadas à qualidade de vida desse segmento, bem como a plena observância do arcabouço legal específico, como é o caso do Decreto n.º 3298/99.

No âmbito do SUS em particular, buscar-se-á assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do Sistema, objetivando, em especial, a sua participação ativa na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito.

Paralelamente, o setor saúde adotará medidas destinadas a garantir a qualidade e o suprimento de ajudas técnicas compreendidas na tecnologia assistiva, de modo a estimular a independência e a dignidade na inclusão social desse segmento.

3.2. Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência

A assistência a esse segmento pautar-se-á no pressuposto de que a pessoa com deficiência, além das necessidades de atenção à saúde específicas da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência.

Nesse sentido, a assistência à saúde do pessoa com deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas.

Por outro lado, promover-se-á a ampliação da cobertura assistencial em reabilitação, de modo que o acesso seja propiciado a toda a população com deficiência o qual, atualmente, estima-se alcance cerca de 2% deste segmento. Um das estratégias para tanto será a inclusão da assistência em reabilitação em unidades cujas ações são de diferentes níveis de complexidade.

Assim, a assistência à saúde da pessoa com deficiência, incluindo-se a assistência em reabilitação, deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação - públicos ou privados - e organizações não-governamentais, até os Centros de Referência em Reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade. Além disso, essa assistência envolverá a geração de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação em nível de pós-graduação estrito e lato senso. Para o atendimento desses requisitos, os Centros de Referência em Reabilitação deverão estar prioritariamente vinculados, direta ou indiretamente, a hospitais universitários.

As ações de assistência à saúde destinadas a esse segmento estarão dessa forma inseridas em um sistema amplo que abrangerá a implementação de programas de reabilitação envolvendo a família e a comunidade, bem como a modernização de centros de referência com atendimento e procedimentos de alta complexidade, em caráter ambulatorial.

Dessa forma, buscar-se-á continuamente aumentar a capacidade resolutiva dos serviços prestados, valendo-se, para tanto, de medidas sistemáticas dirigidas ao aprimoramento da assistência e de permanente avaliação. Nesse sentido, adotar-se-á a premissa de que a reabilitação constitui um processo de mão dupla, em que o indivíduo com deficiência, sua família e a comunidade deverão ser trabalhados simultaneamente. Assim, a programação do tratamento de reabilitação considerará o indivíduo e a sua família como centro e agentes prioritários do processo.

As ações de saúde para a pessoa com deficiência, assim, terão como eixos fundamentais o diagnóstico e o encaminhamento corretos dos procedimentos referentes às deficiências, imprescindíveis para prevenir e mesmo inibir ou minimizar as limitações e desvantagens delas decorrentes.

O diagnóstico da deficiência incluirá a doença e suas causas, bem como o grau de extensão da lesão. A mensuração da incapacidade e do comprometimento físico-funcional, real ou potencial, também deverão ser diagnosticados com precisão. A avaliação da situação e dinâmica familiar envolverá também as condições emocionais e a situação socioeconômica, cultural e educacional do indivíduo, bem como as suas expectativas frente ao processo de reabilitação, educação e profissionalização. Esse diagnóstico global deverá ser realizado em conjunto com a pessoa com deficiência e servirá de base para a definição de seu programa de reabilitação.

O diagnóstico presuntivo da deficiência precocemente formulado por profissionais que atuam principalmente nos serviços de saúde de menor complexidade, será fundamental na orientação da família para a busca de atenção necessária, no local adequado.

Todas as medidas assistenciais voltadas à saúde da pessoa com deficiência, incluindo a reabilitação, deverão levar em conta, sobretudo, as necessidades, potencialidades e recursos da comunidade, de modo a assegurar-se a continuidade e as possibilidades de autossustentação, visando, em especial, a manutenção da qualidade de vida deste segmento populacional e a sua inclusão ativa na comunidade. Tal objetivo, no âmbito do setor saúde, será alcançado mediante, sobretudo, a reabilitação da capacidade funcional e do desempenho humano da pessoa com deficiência.

A atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família terá um papel fundamental na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade. Nesse particular, ressalte-se que a inserção da assistência à saúde da pessoa com deficiência nas ações das equipes de saúde e dos agentes comunitários constituirá estratégia fundamental para implementação dos procedimentos de prevenção e reabilitação nos diferentes níveis de atendimento.

No processo de reabilitação, a busca da eficiência será uma preocupação permanente, desde a adoção de estratégias e ações que utilizem recursos da própria comunidade, até a intermediação de centros de excelência para procedimentos de alta complexidade. As ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade, quanto o princípio da integralidade.

Essas ações terão, assim, um enfoque funcional e integral, o que significa respeitar as especificidades de cada caso e as áreas das deficiências. Nesse sentido, além de contar com equipe multiprofissional e interdisciplinar, as instituições de reabilitação deverão dispor de implementos tecnológicos para avaliação, diagnóstico e tratamento em reabilitação, adequados ao nível de complexidade a que se destinam.

Serão considerados parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, os métodos e as técnicas específicas para garantir ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A atenção integral à saúde das pessoas com deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhadas de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos. Este atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da sequela assim o exigir.

Serão consideradas parte integrante do processo de reabilitação as concessões de órtese e prótese, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência. A concessão desses equipamentos estará estreitamente vinculada ao atendimento de reabilitação, devendo a prescrição obedecer a criteriosa avaliação funcional, constituindo-se, dessa forma, um ato médico. Além disso, buscar-se-á prover o acesso dessas pessoas aos medicamentos que auxiliam na limitação da incapacidade, na reeducação funcional, no controle das lesões que geram incapacidades e que favorecem a estabilidade das condições clínicas e funcionais.

A assistência domiciliar em reabilitação configurará medida essencial no atendimento desse segmento populacional, compreendendo desde os serviços de apoio à vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internamento no domicílio. Nessa assistência deverão ser previstos os recursos necessários à complementação diagnóstica e as intervenções de caráter preventivo como, por exemplo, fornecimento de oxigênio.

3.3. Prevenção de deficiências

A implementação de estratégias de prevenção será fundamental para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes, tendo em vista que cerca de 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas apropriadas e oportunas (Corde, 1992). O conhecimento da prevalência de doenças e de deficiências potencialmente incapacitantes configurará subsídio essencial para o desenvolvimento das ações de prevenção e a adoção de medidas destinadas a reduzir ou eliminar as causas de deficiências.

As diferentes realidades regionais brasileiras, que compreendem, entre outros, aspectos específicos de ambientes e processos de produção, de emprego e de renda, além de questões culturais que determinam a prevalência de doenças potencialmente incapacitantes deverão ser reconhecidas e consideradas nas estratégias de prevenção.

As medidas preventivas envolverão ações de natureza informativa e educativa dirigidas à população, relacionadas ao atendimento pré-natal adequado e à detecção precoce de deficiências, bem como de conscientização e formação de recursos humanos qualificados para a prestação de uma atenção eficiente neste contexto.

Nesse sentido, deverão ser promovidos processos educativos e campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a população em geral e os segmentos de risco a adotarem estilos de vida saudáveis e, consequentemente, a abandonar hábitos nocivos, como o sedentarismo, o tabagismo e o uso de drogas.

Os programas de vacinação que, sabidamente, contribuem para a prevenção de deficiências, deverão incluir ações informativas à população em geral enfocando a inter-relação da imunização e a prevenção de deficiências, utilizando-se de linguagem acessível e de recursos variados e abrangentes. Nesse particular, ênfase especial será dada às atividades de vacinação contra poliomielite, o sarampo e a rubéola. A investigação da citomegalovirose deverá também ser incentivada e possibilitada nos serviços de acompanhamento de gestante. Ao lado disso, serão implementadas medidas que contemplem a segurança e a saúde nos ambientes de trabalho, destinadas a prevenir os acidentes e as doenças profissionais, tanto no setor urbano quanto no rural.

Promover-se-á, por outro lado, o acesso da população aos exames mais específicos para detecção de doenças genéticas que determinam deficiência, com destaque para o exame de cariótipo e pesquisa para outros erros inatos do metabolismo em geral, tais como: fenilcetonúria, hemoglobinopatias, hipertiroidismo congênito, entre outras.

Deverão ser também promovidos serviços de genética clinica para que se proceda a um adequado aconselhamento genético às famílias. Procedimentos de acompanhamento do desenvolvimento infantil nos seus aspectos motor, cognitivo e emocional deverão ser valorizados nos programas de saúde da criança como uma importante estratégia de prevenção de deficiências nesta população.

A articulação e a integração na implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências serão, igualmente, iniciativas essenciais, principalmente mediante o estabelecimento de parcerias entre os vários setores e órgãos envolvidos, em todos os níveis de governo, com o objetivo de diminuir ao máximo o número de vítimas e, consequentemente, de sequelas que determinam algum tipo de deficiência.

3.4. Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação

Adequando-se às normas que disciplinam a criação de fontes de dados e ajustando-se às condições propostas nos fundamentos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), deverão ser criados mecanismos específicos para produção de informação a respeito de deficiências e incapacidades no âmbito do SUS.

O monitoramento permanente da ocorrência de deficiências e incapacidades, assim como as análises de prevalência e tendências, constituirá prioridade do SUS nas três esferas de governo. Tais iniciativas visarão o provimento oportuno de informações para a tomada de decisões quanto à adoção das medidas preventivas e à organização dos serviços especializados de assistência reabilitadora, além de subsídios para a identificação de linhas de pesquisa e a organização de programas de capacitação de recursos humanos.

Buscar-se-á, por iniciativa dos gestores do SUS, fomentar a realização de estudos epidemiológicos e clínicos, com periodicidade e abrangência adequadas, de modo a produzir informações sobre a ocorrência de deficiências e incapacidades. Para a efetivação desses estudos, será recomendável o uso da metodologia de inquérito domiciliar da Opas, com a devida adaptação à realidade brasileira, tanto nos aspectos relativos a sua aplicação, quanto nos relacionados à interpretação de seus resultados.

No que se refere aos censos demográficos, deverá ser buscado, por intermédio dos órgãos competentes, o estabelecimento de articulação com o IBGE, visando o ajuste dos quesitos específicos das planilhas censitárias, favorecendo, assim, a adequada e real apuração dos casos de deficiências e incapacidades existentes na população, bem como o detalhamento necessário à tomada de decisões dos gestores do SUS. Da mesma forma, promover-se-á a compatibilização de quesitos que permitam a extração de dados e informações específicos das Pesquisas Nacionais por Amostragem Domiciliar.

Na busca de informações de interesse gerencial, ênfase será dada à análise de dados dos sistemas de informação da produção e pagamento de serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico complementar, bem como o fornecimento de órteses e próteses no âmbito do SUS, de que são o exemplo o SIA/SUS e o SIH/SUS. Desses sistemas serão extraídos dados que permitam análises qualitativas e quantitativas a respeito do diagnóstico da deficiência e do tratamento oferecido, facilitando a identificação, a localização das pessoas com deficiência, caracterizando o perfil dessa clientela, a sua distribuição, bem como o impacto dos custos, no âmbito dos recursos públicos, da atenção prestada a essa população, observando, também, a conjuntura e as diversidades regionais.

No tocante à infraestrutura dos serviços e aos profissionais de saúde, serão promovidos, anualmente, levantamentos e cadastramentos de unidades e especialistas envolvidos na assistência às pessoas com deficiência. Tais informações serão utilizadas para a análise da oferta de leitos, dos serviços ambulatoriais e de diagnóstico complementar, de modo a identificar lacunas e superposições que estejam dificultando o acesso universal e a oferta integral preconizados para o SUS. Esses levantamentos propiciarão a realização de análises sob os mais variados prismas da questão como, por exemplo, o conhecimento da distribuição geográfica dos serviços especializados, a cobertura viabilizada por estes serviços, a quantificação e a qualificação dos profissionais de saúde atuantes na área das deficiências nos serviços em âmbito federal, estadual e municipal.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

O cruzamento das informações tornadas disponíveis pelas diversas fontes de dados será essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa com deficiência. Continuamente, estudos analíticos serão promovidos mediante a superposição crítica dos resultados dos censos periódicos, das pesquisas censitárias domiciliares anuais, dos estudos epidemiológicos e clínicos, dos cadastramentos e dos levantamentos de infraestrutura.

3.5. Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência

A atenção à saúde das pessoas com deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações de forma descentralizada e participativa, conduzido, em especial, segundo a diretriz do SUS, relativas ao comando único em cada esfera de governo. Além disso, levará em conta que a rede de serviços de atenção à saúde desse segmento terá sempre interfaces com outras políticas públicas.

Nesse sentido, a atenção à saúde das pessoas com deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializadas.

No nível de atenção básica, os serviços deverão estar qualificados a desenvolver:

ações de prevenção primária e secundária - como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição -, detecção precoce de fatores de riscos - como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo -, bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população com deficiência;

ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade da pessoa com deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para as pessoas com distúrbios de comunicação.

Nesse nível, a intervenção de caráter individual, familiar, grupal e comunitária deverá organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado. Serão continuamente fomentados programas de reabilitação em parceria com a comunidade, nos quais os serviços respectivos e as lideranças comunitárias trabalham juntos com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão social das pessoas com deficiência. Tais medidas, definidas a partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersetorial e descentralizada. As ações, por sua vez, serão desenvolvidas por familiares ou agente comunitário capacitado e supervisionado, com avaliação constante e sistematizada.

Já no nível de atenção secundária, os serviços deverão estar qualificados para atender as necessidades específicas das pessoas com deficiência advindas da incapacidade propriamente dita. Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros).

Nesse nível, a organização das ações comporá um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas, e terá caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contrarreferência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados. As ações de nível secundário deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos especializados. Será fundamental, nesse nível, o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia assistiva necessária.

O nível terciário - ambulatorial e hospitalar - deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Será importante que os serviços nesse nível tenham caráter docente e assistencial, vinculado aos centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nesse nível, ainda, promover-se-á a formulação, em conjunto com os demais níveis, de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo reabilitativo, bem como dos de resultados e de impactos alcançados na região.

Esses serviços estarão estruturados por especificidade da deficiência e contarão igualmente com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que considere a globalidade das necessidades dos usuários. Assim, deverão além de fornecer o conjunto das ajudas técnicas - tecnologia assistiva - característico do nível secundário, desenvolver atividades nos campos da pesquisa e da capacitação de recursos humanos, bem como dispor na sua estrutura de serviços de apoio, como aqueles inerentes, por exemplo, às áreas de neurologia, foniatria, ortopedia e traumatologia.

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa deficiente deverá, necessariamente, prover os serviços necessários de forma a mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico quanto social e cultural da comunidade, integrando-se efetivamente no contexto da municipalização da saúde. Na ausência de condições para tal, deverão ser feitos os encaminhamentos necessários, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados.

Promover-se-á a disponibilidade de serviços de média complexidade, no nível regional, os quais poderão ser implantados por municípios de maior porte, por meio de consórcios intermunicipais ou, onde não for possível, por intermédio do Estado. A rede de serviços deverá garantir a detecção de todos os tipos e graus de deficiência, incluindo a atenção a pacientes com severo nível de dependência, bem como o conjunto de suas necessidades no âmbito da saúde. Unidades assistenciais filantrópicas poderão integrar, de forma complementar, a rede de serviços.

A porta de entrada do usuário deverá ser a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. Essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços. O fato de ser assistido por um serviço de menor complexidade não implicará o não atendimento nos demais integrantes dos outros níveis.

A unidade básica constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa com deficiência, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

Será fundamental a articulação entre os gestores municipais visando garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às pessoas com deficiência. Nesse sentido, será igualmente estratégica a instalação de rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de serviços de reabilitação, que contemple ações de prevenção secundária, diagnóstico etiológico, sindrômico e funcional; orientação prognóstica; ações básicas e complexas de reabilitação, além daquelas voltadas à inclusão social; e promova a inter-relação dos serviços existentes. As unidades de reabilitação funcionarão na conformidade das orientações estabelecidas nas Portarias SNAS n.ºs 303, 304, 305 e 306, editadas em 1993.

Os estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando a garantia da qualidade do atendimento e uma reabilitação integradora e global da pessoa com deficiência. Um aspecto essencial na organização e funcionamento dos serviços será o estabelecimento de parcerias com os diversos níveis de governo, bem assim com organizações não-governamentais que têm larga experiência no atendimento a esse segmento populacional.

O serviço de saúde local deverá atuar de forma articulada com a área de assistência social visando, em especial, facilitar o acesso ao tratamento da pessoa com deficiência.

3.6 Capacitação de recursos humanos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A disponibilidade de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política será enfocada como prioritária. Nesse sentido, a formação de recursos humanos em reabilitação deverá superar a escassez de profissionais com domínio do processo reabilitador e que atuem segundo a interdisciplinaridade aqui proposta.

Visando garantir o direito ao atendimento de saúde estabelecido nesta Política e o acesso à reabilitação a quem dela necessitar, buscar-se-á formar equipes interdisciplinares, compostas por profissionais de níveis técnico e universitário, as quais serão submetidas continuamente a cursos de qualificação e atualização.

Os programas de formação e treinamento serão promovidos junto aos diferentes órgãos envolvidos com a questão, tanto dos níveis federal, quanto estadual e municipal, os quais buscarão o engajamento das instituições públicas não-estatais neste trabalho. Ao lado disso, promover-se-á o desenvolvimento de ações conjuntas com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior, tendo em vista a necessidade de que sejam incorporadas disciplinas e conteúdos de reabilitação e atenção à saúde da pessoas com deficiência nos currículos de graduação da área de saúde.

As instituições de ensino superior deverão ser estimuladas a incorporar conteúdos de reabilitação na parte diversificada dos currículos dos cursos de graduação, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, com o objetivo de fomentar projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Deverá ser estimulada também, junto às agências de fomento ao ensino de pós-graduação e pesquisa - tais como o CNPq, a Capes, a Fiocruz e as fundações estaduais -, a ampliação do número de vagas e de bolsas de estudo e de pesquisa, voltadas para a formação de profissionais e pesquisadores de alto nível na área de reabilitação. Buscar-se-á da mesma forma incentivar os centros de referência em medicina de reabilitação para o desenvolvimento, entre outras atividades de educação continuada, de cursos de capacitação para o atendimento às pessoas com deficiência, destinados aos profissionais do SUS e da rede suplementar de assistência.

Os agentes comunitários de saúde e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família deverão receber treinamento que os habilite para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado das pessoas com deficiência. A capacitação de agentes de saúde para a atenção à pessoa com deficiência, nos aspectos referentes à assistência e à reabilitação, deverá ser promovida no contexto das ações de saúde da família e de saúde comunitária, sempre na perspectiva da promoção de uma vida saudável e da manutenção dos ganhos funcionais.

Além disso, serão promovidos treinamentos para a capacitação profissional do atendente pessoal, com enfoque na valorização, na autonomia e na individualidade da pessoa com deficiência, respeitando suas necessidades, como elemento de apoio para o estímulo à vida independente. Deverão ser criados ainda, em articulação com o Ministério da Educação, cursos com o objetivo de formar profissionais especializados na produção de órteses e próteses, em níveis médio e superior.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A atenção à pessoa com deficiência envolve esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa com deficiência a sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades.

Nesse sentido, caberá aos gestores do SUS, de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar as condições e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política, qual seja: reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor saúde, quanto no contexto de outros setores.

Assim, nas suas respectivas áreas de abrangência, os gestores buscarão estabelecer processos permanentes de articulação e integração institucional, tendo em vista a consolidação de compromissos intersetoriais, os quais deverão configurar parcerias efetivas. Promoverão, também, a participação de diferentes segmentos da sociedade que possam contribuir para a implementação das diretrizes desta Política.

4.1. Articulação Intersetorial

No âmbito federal, o processo de articulação deverá envolver os setores a seguir identificados, com os quais procurar-se-á estabelecer parcerias que viabilizem o alcance dos objetivos preconizados.

A) Ministério da Educação;

A parceria com esse Ministério buscará, sobretudo:

a. A difusão, junto às instituições de ensino e da comunidade escolar, de informações relacionadas às deficiências, à prevenção e à limitação das incapacidades de modo a contribuir para a qualidade de vida desse segmento populacional;

b. O estímulo à criação de centros de referência em reabilitação nos hospitais universitários, com atuação integrada com o SUS, voltado ao atendimento da pessoa com deficiência, bem como ao treinamento contínuo de equipes interdisciplinares de reabilitação;

c. A garantia de retaguarda clínica às pessoas com deficiência inscritas na rede de ensino básico, em estreita parceria com as respectivas secretarias estaduais e municipais de educação e saúde;

d. A reavaliação e adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área de saúde, visando o atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

e. A colaboração às secretarias de educação dos estados e municípios no treinamento e capacitação dos docentes para o trabalho com a pessoa com deficiência, tendo em vista a sua inclusão no ensino regular;

f. A inclusão nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde de conteúdos relacionados à reabilitação.

B) Ministério da Previdência e Assistência Social;

A parceria com esse Ministério visará em especial:

a. A realização de pesquisas epidemiológicas junto aos seus segurados relativas às doenças potencialmente incapacitantes, sobretudo quanto aos seus impactos nos indivíduos e na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde;

b. O encaminhamento do segurado, com deficiência, reabilitado pelo sistema de saúde, para programas de trabalho com ênfase na reeducação profissional, no trabalho domiciliar e nas cooperativas de prestação de serviço;

c. A difusão, junto aos seus serviços e àqueles sob sua supervisão, de informações relativas à proteção da saúde do com deficiência, à prevenção secundária e à limitação ou recuperação de incapacidades;

d. A promoção de treinamento de grupos de cuidadores para a identificação de deficiências e a promoção de cuidados básicos à pessoa com deficiência, tendo em vista a manutenção da qualidade de vida;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

e. A inclusão na rede do SUS das unidades da rede da assistência social que já desenvolvem ações de reabilitação multidisciplinares especializadas para o atendimento de todos os tipos de deficiência;

f. A promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições de reabilitação e que assistem pessoas com deficiência nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão

C) Ministério da Justiça;

Com esse Ministério, buscar-se-á, sobretudo:

a. A observância de mecanismos, normas e legislação voltados à promoção e à defesa dos direitos da pessoa com deficiência no tocante às questões de saúde;

b. A promoção da aplicação dos dispositivos de segurança no trânsito, principalmente no tocante ao uso do cinto de segurança;

c. A promoção, junto aos estados e municípios, de processos educativos relacionados ao trânsito, voltados à redução do número de vítimas e a consequente diminuição de sequelas que determinam algum tipo de deficiência;

d. O fornecimento de subsídios ao Ministério Público no tocante à criminalização da discriminação e do preconceito referentes à recusa, retardo ou limitação dos serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais à pessoa com deficiência;

e. O provimento ao cidadão com deficiência, em articulação com a Corde, das informações sobre os direitos conquistados na área da saúde.

D) Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano;

Com essa Secretaria, a parceria objetivará, em especial:

a. A promoção de planos de habitação e moradia que permitam o acesso e a locomoção das pessoas com deficiência e que eliminem, portanto, barreiras arquitetônicas e ambientais que dificultam ou impedem a independência funcional destas pessoas;

b. A instalação de equipamentos comunitários públicos adequados à utilização da população com deficiência;

c. A promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e facilitem o deslocamento da pessoa com deficiência, sobretudo aquela que apresenta dificuldades de locomoção, na conformidade das normas existentes relativas à acessibilidade.

E) Ministério do Trabalho e Emprego;

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, principalmente:

a. A melhoria das condições de emprego, compreendendo a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa com deficiência na vida socioeconômica das comunidades;

b. A promoção de cursos e de materiais informativos voltados à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência destinados a empregadores.

c. O encaminhamento das pessoas com deficiência reabilitadas pelo sistema de saúde para cursos de capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho.

F) Ministério do Esporte e Turismo;

A parceria objetivará em especial:

a. A implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de atividades físicas destinados às pessoas com deficiência, tendo como base o conceito de qualidade de vida, e a utilização destas medidas para a manutenção dos ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação;

b. A promoção de turismo adaptado à pessoa com deficiência, como elemento de qualidade de vida e inclusão social.

G) Ministério da Ciência e Tecnologia;

Buscar-se-á, com esse Ministério, o estabelecimento de parcerias que fomentem, sobretudo, o desenvolvimento de pesquisa na área da reabilitação, contemplando: 1) estudos de prevalência de incapacidades; 2) validação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento da pessoa com deficiência; 3) gerenciamento das informações referentes ao impacto social e funcional da reabilitação; 4) capacitação, reorganização e atualização tecnológica dos Centros de Reabilitação; e 5) avaliação da eficiência e eficácia dos modelos de atenção hospitalar, centro de reabilitação ambulatorial e assistência domiciliar.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde:

A) Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política, bem como os planos, programas e projetos dela decorrentes;

B) Assessorar os estados na formulação e na implementação de suas respectivas políticas, consoante às diretrizes aqui fixadas;

C) Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal, ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde e de reabilitação da pessoa com deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à implementação desta Política;

E) Apoiar a estruturação de centros de referência em reabilitação, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior, envolvidas na formação contínua de recursos humanos específicos para a atenção à pessoa com deficiência;

F) Realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico, visando ampliar o conhecimento sobre a população com deficiência e subsidiar o planejamento de ações decorrentes desta Política;

G) Promover a disseminação de informações relativas à saúde da pessoa com deficiência, bem como de experiências exitosas em reabilitação;

H) Promover processo educativo voltado à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência;

I) Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação da pessoa com deficiência;

J) Promover mecanismos que possibilitem a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS, bem como o exercício do seu próprio papel no tocante à avaliação dos serviços prestados nas unidades de saúde;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

K) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos em centros de reabilitação-dia, de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços suplementares para a pessoa com deficiência;

L) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação utilizando os recursos comunitários, na conformidade do modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção das pessoas com deficiência nos estabelecimentos de saúde e nas instituições que prestam atendimento a estas pessoas;

N) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando a prevenção de deficiências;

O) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

P) Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

Q) Organizar e manter sistema de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência.

4.3 Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde:

A) Elaborar, coordenar e executar a política estadual das pessoas com deficiência, consoante a esta Política Nacional;

B) Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política;

C) Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, com vistas a implementação das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução das Políticas Nacional e Estadual;

E) Promover o acesso da pessoa com deficiência aos medicamentos, órteses e próteses e outros insumos necessários a sua recuperação e reabilitação;

F) Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

G) Viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS;

H) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços complementares para o atendimento da pessoa com deficiência;

I) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir deficiências;

K) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção às pessoas com deficiência nos serviços de saúde e nas instituições que cuidam destas pessoas;

N) Promover a organização de rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente:

A) Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, definindo componentes específicos que devem ser implementados no seu âmbito respectivo;

B) Promover as medidas necessárias visando à integração da programação municipal à do Estado;

C) Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos necessários à operacionalização das ações e atividades específicas na área de saúde da pessoa com deficiência;

D) Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e reabilitação da pessoa com deficiência;

E) Estimular e viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas instâncias do SUS;

F) Promover a criação, na rede de serviço do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para a pessoa com deficiência;

G) Viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

H) Organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;

I) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando a prevenção de deficiências;

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por da população com deficiência visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;

M) Realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando a promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência;

N) Apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente, de forma integrada com outras instituições que prestam atendimento às pessoas com deficiência.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A implementação desta Política Nacional está pautada em processo de acompanhamento e avaliação permanente que permita o seu contínuo aperfeiçoamento, a partir das necessidades que venham a ser indicadas na sua prática.

Para o desenvolvimento do processo, serão definidos indicadores e parâmetros específicos os quais, aliados aos dados e informações geradas pela avaliação dos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão esta Política, possibilitarão conhecer o grau de alcance do seu propósito, bem como o impacto sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Entre os indicadores que poderão ser utilizados nesse processo, figuram, por exemplo: índices de cobertura assistencial; taxa de capacitação de recursos humanos; distribuição de medicamentos, órteses e próteses; taxa de implementação de novos leitos de reabilitação; comparações de informações gerenciais; taxas de morbidade; censos demográficos; pesquisa por amostragem domiciliar.

Ao lado disso, no processo de acompanhamento e avaliação referido, deverão ser estabelecidos mecanismos que favoreçam também verificar em que medida a presente Política tem contribuído para o cumprimento dos princípios e diretrizes de funcionamento do SUS, explicitados na Lei n.º 8.080/90, sobretudo no seu Capítulo II, art. 7º. Entre esses, destacam-se:

a “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema” (inciso II);

a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (inciso III);

a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (inciso IV);

o “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde” (inciso V);

a “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” (inciso VI); e

a “a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis da assistência” (inciso XII).

6. TERMINOLOGIA

Abordagem multiprofissional e interdisciplinar - assistência prestada por equipe constituída por profissionais de especialidades diferentes, que desenvolve processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados, de acordo com as incapacidades apresentadas pelo paciente.

Acidentes vásculo-encefálico - alteração na vascularização do cérebro que pode ser isquêmico ou hemorrágico.

Ações básicas de reabilitação - ações que visam minimizar as limitações e desenvolver habilidades, ou incrementá-las, compreendendo avaliações, orientações e demais intervenções terapêuticas necessárias, tais como: prevenção de deformidades, estimulação para pessoas com distúrbios da comunicação, prescrição e fornecimento de próteses etc.

Ações complexas de reabilitação - ações que se utilizam-se de tecnologia apropriada com o objetivo de conseguir maior independência funcional da pessoa com deficiência.

Aconselhamento genético - orientação fornecida após a realização de exames genéticos prévios que possibilitam verificar a probabilidade de se ter filhos com problemas genéticos.

Alterações da fala e linguagem - constituem-se em perda ou anormalidade de caráter permanente, apesar de parcialmente recuperáveis com a terapia, que geram incapacidades para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Anemia falciforme - defeito na hemácia, que se torna disforme quando há baixa de oxigenação no sangue, sendo destruída.

Anóxia perinatal - falta de oxigênio no parto, que pode provocar uma lesão no cérebro.

(240) Assistência ou atendimento em reabilitação - terapia realizada para reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Atendimento hospitalar em reabilitação - terapias realizadas em nível hospitalar visando reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Avaliação funcional - avaliar a capacidade de o indivíduo em manter as habilidades motoras, mentais e sensoriais para uma vida independente e autônoma.

Bolsa de ostomia - bolsa coletora de secreções intestinais.

Capacidade adaptativa - capacidade de se adequar a uma nova situação.

Capacidade funcional - capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Cardiopatias - qualquer processo ou doença do coração.

Centros de Referência em Reabilitação - serviços do setor saúde nos quais são realizadas a reabilitação em nível terciário, pesquisas e capacitação de recursos humanos.

Condições funcionais - situação encontrada após a avaliação funcional.

Condutas típicas - "manifestações de comportamento típicos de pessoas com síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízo no relacionamento social, em grau que requeira atendimento especializado" (MEC, 1994).

Deficiência auditiva - perda total ou parcial da capacidade de ouvir.

Deficiência mental - caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade. (Associação Americana de Deficiência Mental - AAMD).

Deficiência motora - refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor, que compreende o sistema ósteo-articular, o sistema muscular e o sistema nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida.

Deficiência visual - engloba tanto a cegueira quanto a baixa visão.

Deficit neurológico - comprometimento ou perda da função causada por lesões no sistema nervoso.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Diagnóstico etiológico - determina a causa das doenças, quer diretas, quer predisponentes, e do seu mecanismo de ação.

Diagnóstico sindrômico - determina o grupo de sintomas e sinais que, considerados em conjunto, caracterizam uma moléstia ou lesão.

Diagnóstico funcional - determina a ação normal ou especial de um órgão e grau de comprometimento.

Equipe básica de reabilitação - equipe cuja composição é interdisciplinar - médico e enfermeiro - com a presença ou não de equipe auxiliar treinada.

Erros inatos do metabolismo - doença na qual o organismo não consegue eliminar determinadas substâncias que produz e que lhe causam doenças.

Exame de cariótipo - exame genético mediante o qual são descobertas as anomalias.

Fatores perinatais - ocorrências identificadas no período que vai desde a vigésima semana ou mais de gestação e termina após o vigésimo oitavo dia do nascimento.

Fatores pós-natais - ocorrências identificadas após o nascimento.

Fenilcetonúria - doença metabólica hereditária, na qual existe uma deficiência de fenilalanina-hidroxilase que, quando não tratada, acarreta retardamento mental (Dicionário Médico - Blakiston)

Genética clínica - é ramo da medicina que trata dos fenômenos da hereditariedade.

Habilitação - processo de desenvolvimento de habilidades.

Hemiplégicos - pessoas com paralisia de um dos lados do corpo.

Hemofilia - transtorno de coagulação, caracterizado por transmissão recessiva ligada ao sexo, produzindo uma coagulação anormal ou deficiente do plasma.

Hemoglobinopatias - doenças relacionadas com as alterações na hemoglobina ou alteração dos glóbulos vermelhos do sangue

Hipertireoidismo congênito - estado funcional resultante de insuficiência de hormônios tireoidianos de origem congênita.

Hipoxemia - diminuição do teor de oxigênio no sangue.

Índice de Apgar - avaliação quantitativa das condições do recém-nascido com um a cinco minutos de vida, obtida pela atribuição de pontos à qualidade da frequência cardíaca ao esforço respiratório, à cor, ao tônus muscular e a reação ao estímulo; somando esses pontos, o máximo do melhor índice será de dez.

Inteligência conceitual - refere-se às capacidades fundamentais da inteligência, envolvendo suas dimensões abstratas.

Inteligência prática - refere-se à habilidade de se manter e de se sustentar como pessoa independente nas atividades da vida diária. Inclui capacidades como habilidades sensório-motoras, de autocuidado e segurança, de desempenho na comunidade e na vida acadêmica, de trabalho e de lazer, autonomia.

Inteligência social - refere-se à habilidade para compreender as expectativas sociais e o comportamento de outras pessoas, bem como ao comportamento adequado em situações sociais.

Internação em reabilitação - internação realizada pós-trauma visando ações de reabilitação intensas e frequentes.

Internamento (ou internação) no domicílio - assistência médica e paramédica prestada no domicílio.

Lesão - alteração estrutural ou funcional devida a uma doença. Comumente esse termo é utilizado em relação às alterações morfológicas.

Lesão medular - alteração da estrutura funcional da medula.

Lesão traumática - alteração produzida por um agente mecânico ou físico.

Lesões nervosas - alterações no sistema nervoso.

Lesões neuromusculares - alteração estrutural ou funcional dos nervos e músculos.

Lesões osteoarticulares - alteração estrutural ou funcional nos ossos e articulações.

Manutenção de ganhos funcionais - treinamento contínuo objetivando a preservação das aquisições motoras, mentais ou sensoriais já adquiridas.

Nefropatias - doenças que acometem o sistema renal.

Núcleo (ou centro) de atendimento em reabilitação - local onde é realizado um conjunto de terapias e outras ações destinado a possibilitar às pessoas com deficiência o alcance de sua autonomia funcional.

Orientação prognóstica - aconselhamento na predição da provável evolução e do desfecho de uma doença, lesão ou anomalia.

Órtese - aparelhagem destinada a suprir ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, de um membro ou de um segmento de um membro, ou a deficiência de uma função.

Ostomias - são órgãos ou parte interna do organismo que não se comunica com o meio externo e que por alguma anormalidade passa a se comunicar.

Osteoporose - desossificação, com decréscimo absoluto de tecido ósseo, acompanhada de fraqueza estrutural.

Ototoxicose - substâncias tóxicas que afetam a audição.

Paralisia cerebral - qualquer comprometimento de funções neurológicas devido a lesões cerebrais congênitas (anomalia do desenvolvimento durante o primeiro trimestre da gravidez) ou adquirida (ocasionadas por um parto difícil ou por traumatismo acidental durante os primeiros meses de vida).

Paraplégicos - paralisia dos membros inferiores.

Perda auditiva neurossensorial - um tipo de surdez.

Perturbações psiquiátricas - doenças ou transtornos mentais e emotivos.

Prevenção secundária - consiste no tratamento da doença já instalada, visando evitar o aparecimento de deficiências ou incapacidades.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Processo reabilitativo - ver reabilitação.

Prótese - aparelho ou dispositivo destinado a substituir um órgão, um membro ou parte do membro destruído ou gravemente acometido.

Reabilitação - segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, “é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais”.

Retinopatia diabética - doença da retina causada pela diabetes.

Rubéola - doença contagiosa benigna e aguda, causada por vírus, das crianças e dos adultos jovens, caracterizada por febre, exantema pouco intenso e linfonopatia fetais, quando a infecção materna ocorre no início da gravidez.

Serviços de apoio à vida cotidiana - ações desenvolvidas por pessoal treinado visando auxiliar as pessoas com deficiência nas atividades de vida diária e de vida prática.

Tecnologia assistiva - conjunto de medidas adaptativas ou equipamentos que visam a facilitar a independência funcional das pessoas com deficiência.

Transtornos congênitos - alterações decorrentes de fatores hereditários.

Transtornos orgânicos - alterações que interferem no funcionamento do organismo.

Transtornos perinatais - alterações que ocorrem durante o nascimento.

7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARAÚJO, Luís Alberto David. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994. 140 p.

BARROS Filho, T.E.P. et all. Revista Hospital das Clínicas, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 45(3): 123-126, 1990.

BRASIL. Constituição República Federativa do Brasil (1988). Brasília. Senado Federal, Centro Gráfico. 1998. 292p.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Conselho Consultivo. Subsídios para planos de ação dos governos federal e estadual na área de atenção ao portador de deficiência. Brasília: CORDE, 1994.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Política nacional de prevenção de deficiências. Ministério da Ação Social - CORDE, Brasília, 1992.

BRASIL. Relatório da Câmara Técnica sobre Reabilitação Baseada na Comunidade. Ministério da Justiça. SDC. CORDE.1995.

BRASIL. Lei de diretrizes e bases (DO QUÊ?). 1996.

BRASIL. MEC. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Livro 1, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde. Brasília:1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Promoção da Saúde. Brasília.1998. Texto mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoas Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília. 1995. 48 pgs.

BRITO, P. Veitzman, S. Causas da cegueira em criança. Arquivo brasileiro de oftalmologia, 1998.

CASTRO JUNIOR, N.P.; LOPES FILHO, O.C.; FIGUEIREDO, M.S.; REDONDO, M.C. Deficiência auditiva infantil: aspectos de incidência, etiologia e avaliação audiológica. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v.46, p.228-36, 1980.

_____. Do estudo da audiometria de tronco cerebral em neonatos normais e de alto risco. São Paulo, 1991. 78p. Tese (doutorado). Escola Paulista de Medicina. CIDID

(319) CLIFTON. G.L. Spinal Coord in Jury in the Houston Galneston Area. In: Tex - Med 79:55-8, 1983 - EUA.

COMITE DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA. Prevenção de deficiências. Brasília. Corde, s/data. 34 pgs.

CHRISTENSEN, E. e MELCHIOR, J. Cerebral Palsy. A Clinical and Neuropathological Study. Clinic in Development Medicine. N.º 25 W. Heinemenn-London, 1967

Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. tradução Edilson Alkimim da Cunha. 2ª edição. Brasília: Corde. 1997. 54 ps.

DIAMENT, A. e Cypel, S. Neurologia Infantil. 3ª edição. Livraria Atheneu, 1996.

FOSTER, Allen. Blindness prevention, Statistics and principles of control, workshop of ocular health, São Paulo, 1999.

INFORMAPAE. Boletim mensal da Federação Nacional das APAES. Ano IV, Janeiro de 1996.

JANNUZI, G. S.M. JANNUZI, N. Portadores de necessidades especiais no Brasil: reflexões a partir do censo demográfico 1991. SEESP, MEC, Brasília: Revista Integração, ano 7: 18, 1997. P.40-46.

KARA José. ALMEIDA, Vicente N. de, et alli. Causas de deficiência visual em crianças. Bol of Panam, 1997. (5) Pg. 405- 412. 1994.

LAURENTI. R. et all. Estatística de Saúde, São Paulo. EPU, 1990.

LEITE, Ama e Maranhão, H.P. Situação do Atendimento dos Portadores de Necessidades Educativas Especiais nos Municípios do estado do RJ. Resultados. Rio de Janeiro, outubro/98.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção a Grupos Especiais.

MAIOR, Isabel Maria M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. Cadernos de Pesquisa n07, São Paulo: CEBRAP.1997. pg.31 a 47.

NALLIN, Araci. Reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos: análise de representação do discurso. Brasília: Corde, 1985. 184 ps.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Normas e recomendações internacionais sobre a deficiência. tradução Edilson Alkimim Cunha, Brasília: Corde, 1996. 113ps.

OMS. Classificacion internacional de las deficiencias actividades e participacion: um manual de las dimensiones de la inhabilitacion e su funcionamento. Genebra. 1997. Versão preliminar.

Programa de ação mundial para as pessoas com deficiências. Tradução Edilson Alkmin da Cunha, Brasília: Corde, 1996.

REGULY, Vanessa Soledade. A inserção dos deficientes físicos no mercado de trabalho na região metropolitana de Salvador. Salvador:1998. Monografia apresentada à UNIFACS.

RIBAS, João Batista Cintra. As pessoas portadoras de deficiência na sociedade brasileira. Brasília: Corde, 1997.

Educação inclusiva, desenho universal e integração. HYPER- LINK http://www.gente www.gente especial.com.br/arquitetura.htm.

SALIMENE, ACM. Sexo: caminho para a reabilitação. São Paulo:Cortez, 1995.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão social: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários. 1997. Htp://www.entreamigos.com.br.temas.

SILVEIRA, J.A.M. Estudo da deficiência auditiva em crianças submetidas a exames de potenciais evocados auditivos: etiologia, grau da deficiência e precocidade diagnóstica. São Paulo, 1992. 107p. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TARICO, M.C. et all, The social and vocational outcome of spinal cor injury patients. In: Paraplegia, the International Journal of Spinal Cord, vol 30:3, 1992, 214-219, International Medical Society of Paraplegia.

TARTARELA. M B et alli. Visão subnormal em crianças. Arquivos brasileiros de oftalmologia. 54 (5). Pg. 221-224. 1991.

UNICEF. Deficiência Infantil: Sua Prevenção e Reabilitação. Relatório da Reabilitation International, Junta Executiva do UNICEF, 1980.

WHO/PBL 93-27. Management of low vision in children, Bangkok, 1992

WHO/PBL 97.61. Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. Programme for the Prevention of Blindness and Deafness. 1997.

ANEXO XIV

Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo 1 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 2º)

Art. 3º Ficam aprovadas as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma do Anexo 2 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIV

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Anexo 1)

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

1 - Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, em que está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo.

2 - Antecedentes

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do Século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos).

A perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do Século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação".

Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas.

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. Era frequente funcionários sem qualificação alguma na área da saúde prestarem atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde.

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena - tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial n° 1.141/94 constitui uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução n° 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

2.1 - Situação atual de saúde

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 350.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, FUNAI, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Cerca de 60% dessa população vivem no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país:

Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representa cerca de 15% da população do estado; 4% no Amazonas; e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de localidades a população indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outros das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social.

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. O Estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade, numa população hoje estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, é um dos exemplos nesse sentido. Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 1.900, outros, como os Latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 pessoas.

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

De acordo com dados consolidados dos relatórios de 1998, de 22 das 47 administrações regionais da Fundação Nacional do Índio, sobre uma população de cerca de 60 mil indivíduos, foram registrados 466 óbitos, quase 50% deles entre menores de cinco anos de idade, tendo como causas mais frequentes as doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias e as parasitoses intestinais, a malária e a desnutrição. As causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população indígena no Brasil, afetando sobretudo regiões com Mato Grosso do Sul e Roraima.

Por sua vez, os dados consolidados no Relatório de Atividades de 1998, da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA, baseiam-se no material enviado pelas equipes de saúde indígena de 24 unidades da federação. Referem-se a uma população de 312.017 indígenas e, num total de 219.445 ocorrências, mostram um incremento de cerca de 24,7% sobre o volume registrado no ano anterior. A indicação de causas de óbitos (844) é proporcionalmente semelhante a dos dados analisados pela FUNAI.

A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior frequência e severidade as comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881.4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525.6 por 100.000, segundo os dados da organização Comissão Pró-Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado e relativos ao mesmo ano, indicam que a tuberculose foi responsável por 22,7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2,2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono frequente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. A partir de 1988 começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos 36 casos conhecidos até o momento, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem linguística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações intergrupais, é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção. Com relação às DST, cofator que potencializa a infeção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da FUNASA de 1998 indicou 385 casos registrados.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades.

A deficiência do sistema de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas.

A descontinuidade das ações e a carência de profissionais fizeram com que muitas comunidades indígenas se mobilizassem, desde os anos 70, de diversas maneiras, especialmente por intermédio de suas organizações juridicamente constituídas, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças e agravos de maior impacto sobre sua saúde, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

Mesmo sem um programa de formação e inserção institucional definidos, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde vinham atuando no Brasil. A maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde as distâncias são medidas em dias de viagens por estradas em precário estado de conservação ou rios de navegabilidade difícil ou impossível durante o período da seca, os agentes indígenas de saúde são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças. Cerca de 13% dos agentes indígenas de saúde estão inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a maioria no Nordeste. Na Região Amazônica, a maioria das iniciativas foi tomada por organizações indígenas e não-governamentais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

3 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

4 - Diretrizes

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;

- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;

- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;

- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;

- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;

- promoção de ações específicas em situações especiais;

- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;

- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;

- controle social.

4.1 - Distrito Sanitário Especial Indígena

4.1.1 - Conceito

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;

- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura;

- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;

- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;

- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

4.1.2 - Organização

Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde.

Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos.

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta Política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Polos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do SUS. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

4.2 - Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) -Lei nº 9.394/96-, no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos socioantropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços.

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas fará gestões, junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação, no sentido de obter a certificação de competências para os agentes que seguirem o processo de formação, inclusive aqueles já capacitados, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96.

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema.

As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais.

O órgão responsável pela execução desta Política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena.

4.3 - Monitoramento das ações de saúde

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade.

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações.

Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo.

O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário.

Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena.

O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

4.4 - Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligados ao processo saúde-doença.

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

seus diversos especialistas.

A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

4.5 - Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendida a dispensação e a prescrição -, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários.

Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Assim, os pressupostos que devem orientar os gestores, no sentido de tornar efetivas as ações e diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos, são:

a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;

c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);

d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;

e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação;

f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopeia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

4.6 - Promoção de ações específicas em situações especiais

Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;

2 - prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos;

3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;

4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;

5 - prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças;

6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos;

7 - desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias.

4.7- Promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com o órgão indigenista oficial, adotará e promoverá o respeito à Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução nº 304/2000, que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas. Igualmente, será promovido o cumprimento das normas do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução n° 1.246/88, do Conselho Federal de Medicina, bem como a realização de eventos que visem aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

4.8 - Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas. Mesmo nos casos em que a definição de limites e o processo de demarcação das terras indígenas tenham ocorrido de forma satisfatória, assegurando-se as condições indispensáveis para o futuro dos ocupantes, e mesmo que estes se incluam entre os grupos mais isolados e com contatos menos frequentes e desestabilizadores com a sociedade envolvente, há demandas importantes colocadas na interface entre meio ambiente e saúde para populações indígenas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Por um lado, a ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos rios, têm afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compõem a alimentação tradicional nas aldeias. Por outro, as relações de contato alteraram profundamente as formas tradicionais de ocupação, provocando concentrações demográficas e deslocamentos de comunidades, com grande impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e de outros recursos naturais básicos no seu entorno.

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d`água situados acima das terras indígenas.

As ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, deverão ter como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores.

4.9 - Controle social

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais.

Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito.

Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde.

Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete.

Os presidentes dos conselhos serão eleitos diretamente pelos conselheiros, que devem elaborar o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital.

Os Conselhos Distritais serão formalizados pelo presidente do órgão responsável pela execução desta política, mediante portaria publicada no Diário Oficial.

Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Deve ser ainda estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), já existente e em funcionamento.

As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade.

5 - Responsabilidades institucionais

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta Política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

- Articulação intersetorial

Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações.

O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta Política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

- Articulação intrassetorial

Do ponto de vista da articulação intrassetorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.

5.1 - Ministério da Saúde

Os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto n° 3.146, de 27 de agosto de 1999 (art. 3º), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão responsável pela execução das ações. As atribuições da FUNASA, em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, são as seguintes:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

- promover a articulação intersetorial e intrassetorial com as outras instâncias do SUS;

- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país;

- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A FUNASA, por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), desenvolverá atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que incluirão a promoção de encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

5.2 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.

5.3 - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ)

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) é o órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

5.4 - Ministério da Educação

Uma estreita cooperação com o Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação é de importância vital para a execução de diversos aspectos desta política. Entre estes, destacam-se a necessidade de integração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental na formação dos Agentes Indígenas de Saúde, o envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas, assim como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas.

5.5 - Ministério Público Federal

A participação do Ministério Público Federal tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas.

5.6 - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP) foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa à vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução n° 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas decorrentes de sua condição excepcional.

5.7 - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI/CNS)

O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei n° 8.080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

6 - Financiamento

As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementada por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica.

ANEXO 2 DO ANEXO XIV

Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1)

Art. 1º O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º)

I - a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - o objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, V)

VI - a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VI)

VII - o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VIII - na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VIII)

IX - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IX)

CAPÍTULO I
DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS
(Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 2º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º)

I - formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º, I)

Art. 3º À Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º)

I - coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º, I)

Art. 4º Ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º)

I - planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, V)

VI - supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VI)

VII - implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VII)

VIII - articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VIII)

IX - propor alterações nas áreas de abrangência dos DSEI. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IX)

Art. 5º Às Coordenações Regionais (CORE) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º)

I - coordenar e articular no âmbito de cada Unidade Federada a execução das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - planejar em conjunto com os DSEI as ações integrais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - articular junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, V)

VI - homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VI)

VII - articular no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VII)

VIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VIII)

Art. 6º Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º)

I - planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho locais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IX - executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XI)

XII - o chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XII)

XIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XIII)

Art. 7º Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º)

I - aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - acompanhar as ações dos Conselho locais de saúde indígena; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, III)

Art. 8º Aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e não Governamentais compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º)

I - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, I)

Parágrafo Único. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º Fica a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) autorizada a normatizar e regulamentar as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, previstas nesta portaria. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 9º)

ANEXO 3 DO ANEXO XIV

Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Origem: PRT MS/GM 2759/2007)

Art. 1º São diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º)

I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, I)

II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, II)

III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolventes, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, III)

IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, estado e municípios); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, IV)

V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, V)

VI - considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa - ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VI)

VII - garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VII)

VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VIII)

Art. 2º Fica instituído o Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, com as seguintes incumbências: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º)

I - elaborar e pactuar com as instâncias implicadas uma norma que regulamente as ações de atenção em Saúde Mental às populações indígenas, onde estejam implicadas estruturas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, I)

II - coordenar as ações no âmbito do Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias representativas de comunidades indígenas, para o enfrentamento das situações emergenciais da atenção à saúde mental indígena, como o alcoolismo, o suicídio e outros problemas prevalentes; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, II)

III - elaborar um sistema de monitoramento e avaliação das ações de atenção em saúde mental às populações indígenas, em sua implantação e implementação. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, III)

Art. 3º São integrantes do Comitê, sob a coordenação do primeiro, e a coordenação adjunta do segundo, os seguintes membros: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde Mental (DAPES/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante do Projeto VIGISUS - Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho de Comunidades Indígenas das cinco regiões do país; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) pesquisador convidado, de universidade brasileira; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, X)

ANEXO 4 DO ANEXO XIV

Comitê Consultivo de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 69/2004)

Art. 1º Fica instituído o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Comitê Consultivo terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - apreciar as propostas de condução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, a)

II - contribuir com o Departamento de Saúde Indígena/FUNASA nas normatizações técnicas e operacionais da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, b)

III - propor medidas técnicas e operacionais ao Departamento de Saúde Indígena/FUNASA de matérias relevantes a Organização e Gestão dos Serviços de Saúde Indígena; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, c)

IV - participar de fóruns nacionais de discussão da Política de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, d)

Art. 2º O Comitê Consultivo será composto pelos referidos membros, com as seguintes representações: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º)

I - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) - 4 (quatro) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

II - Ministério da Saúde (MS): (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

a) Secretaria-Executiva - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, a)

b) Secretaria de Atenção à Saúde - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde - 1 (um) representante; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, c)

d) Secretaria de Gestão Participativa - 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, d)

III - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

V - organizações indígenas - 3 (três) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VI - Organizações Indigenistas - dois representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VII - Conselhos Distritais de Saúde Indígena - 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VIII - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IX - Ministério Público Federal (6ª Câmara) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

X - Ministério da Educação - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XI - Ministério do Meio Ambiente - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XII - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XIII - Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Federal (CONDSEF) - 2 (dois) representantes. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 1731/2004)

§ 1º A Secretaria Executiva do Comitê será indicada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê Consultivo não receberão nenhuma gratificação para o seu exercício, sendo considerado de relevância pública. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Caberá ao Presidente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) regulamentar através de portaria o funcionamento do Comitê Consultivo e designar os seus membros. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

§ 4º O mandato dos membros do Comitê Consultivo será de um ano, permitida a recondução. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 4º)

§ 5º As despesas decorrentes do funcionamento do Comitê ficarão a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 5º)

~~ANEXO 5 DO ANEXO XIV~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)
~~Certificado Hospital Amigo do Índio (Origem: PRT MS/GM 645/2006)~~

~~Art. 1º~~ ~~Fica instituído o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~Art. 2º~~ ~~Para concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio, deverão ser observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~I -~~ ~~garantia do direito ao acompanhante, dieta especial e informação aos usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~II -~~ ~~garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~III -~~ ~~participação nas instâncias de Controle Social (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde) e de pactuação intergestores do SUS, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~IV -~~ ~~garantia de informação em saúde à rede integrada do SUS, compreendendo as unidades de saúde indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~V -~~ ~~garantia de critérios especiais de acesso e acolhimento a partir da avaliação de risco clínico e vulnerabilidade sócio-cultural; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VI -~~ ~~garantia de instâncias próprias de avaliação com participação de usuários e gestores no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VI)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VII -~~ ~~garantia de Ouvidoria adaptada às especificidades étnico-culturais dos povos indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VIII -~~ ~~garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VIII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~Art. 3º~~ ~~Fica instituído o Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~I -~~ ~~certificar os estabelecimentos de saúde da rede do SUS em obediência aos critérios de concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~II -~~ ~~estabelecer instrumentos, indicadores, metas e avaliação, bem como o período de renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~III -~~ ~~estabelecer critérios de não renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~IV -~~ ~~divulgar nas instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde), Comissões Bipartite e Tripartite, bem como os relatórios de certificação e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~V -~~ ~~articular com as instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais), Comissões Bipartite e Tripartite e o acompanhamento do processo de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~Art. 4º~~ ~~O Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio será integrado por um representante das seguintes instituições: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~I -~~ ~~Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~II -~~ ~~Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~III -~~ ~~Conselho Nacional de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~IV -~~ ~~Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~V -~~ ~~Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, do Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VI -~~ ~~Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VI)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VII -~~ ~~Fundação Nacional do Índio (FUNAI); e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VIII -~~ ~~Sexta Câmara do Ministério Público Federal. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VIII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~Parágrafo Único.~~ ~~É facultado ao Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio a constituição de Grupos de Trabalho Locais para visitas de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

ANEXO XV

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 1º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 2º)

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Além do disposto neste Anexo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reger-se-á, de forma complementar, pelos elementos informativos constantes do Anexo 1 do Anexo XV . (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO I)

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º)

I - universalidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, I)

II - integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, II)

III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, III)

IV - descentralização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, IV)

V - hierarquização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, V)

VI - equidade; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VI)

VII - precaução. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VII)

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º)

I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, I)

II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, II)

III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º)

Parágrafo Único. As pessoas e os grupos vulneráveis de que trata o "caput" devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO II)

Art. 8º São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º)

I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I)

a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, a)

b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, b)

c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, c)

d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, d)

e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, e)

f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, f)

g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, g)

h) participação dos trabalhadores e suas organizações. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, h)

II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II)

a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, b)

c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, c)

d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, d)

e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, e)

f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, f)

g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, g)

h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, h)

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III)

a) atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, a)

b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, b)

c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, c)

d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, d)

e) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, e)

f) sistemas de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, f)

g) sistema de regulação do acesso; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, g)

h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, h)

i) sistema de auditoria; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, i)

j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, j)

IV - ampliar o entendimento de que de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, IV)

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, V)

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VI)

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VII)

CAPÍTULO III
DAS ESTRATÉGIAS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO III)

Art. 9º São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º)

I - integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I)

a) planejamento conjunto entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades produtivas e com potencial impacto ambiental no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, a)

b) produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação aos estados e municípios no desenvolvimento das ações de vigilância, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, b)

c) harmonização e, sempre que possível, unificação dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, c)

d) incorporação dos agravos relacionados ao trabalho, definidos como prioritários para fins de vigilância, nas listagens de agravos de notificação compulsória, nos âmbitos nacional, estaduais e municipais, seguindo a mesma lógica e fluxos dos demais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, d)

e) proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, e)

f) formação e manutenção de grupos de trabalho integrados para investigação de surtos e eventos inusitados e de investigação de situações de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, saúde do trabalhador e rede de laboratórios de saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, f)

g) produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, g)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

h) incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos estados e municípios, de práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, h)

i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, i)

j) investimentos na ampliação da capacidade técnica e nas mudanças das práticas das equipes das vigilâncias, especialmente para atuação no apoio matricial às equipes de referência dos municípios; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, j)

k) participação conjunta nas estratégias, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, k)

l) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além das ações específicas de VISAT; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, l)

m) atualização e ou revisão dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, m)

II - análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II)

a) identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a atenção primária em saúde e os setores da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, a)

b) implementação da rede de informações em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, b)

c) definição de elenco de indicadores prioritários para análise e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, c)

d) definição do elenco de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória e inclusão no elenco de prioridades, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, d)

e) revisão periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, e)

f) realização de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores e o comportamento dos principais indicadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, f)

g) estruturação das estratégias e processos de difusão e comunicação das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, g)

h) garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos seguintes sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h)

1. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 1)

2. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 2)

3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 3)

4. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAISUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 4)

5. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 5)

6. Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 6)

7. Registros de Câncer de Base Hospitalar (RCBH); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 7)

i) articulação e sistematização das informações das demais bases de dados de interesse à saúde do trabalhador, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i)

1. Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 1)

2. Sistema Único de Benefícios (SUB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 2)

3. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 3)

4. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 4)

5. Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (SFIT); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 5)

6. Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 6)

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 7)

8. outros sistemas de informações dos órgãos e setores de planejamento, da agricultura, do meio ambiente, da segurança pública, do trânsito, da indústria, comércio e mineração, das empresas, dos sindicatos de trabalhadores, entre outras; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 8)

j) gestão junto a essas instituições para acesso às bases de dados de forma desagregada, conforme necessidades da produção da análise da situação de saúde nos diversos níveis territoriais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, j)

k) produção e divulgação, periódicas, com acesso ao público em geral, de análises de situação de saúde, considerando diversos níveis territoriais (local, municipal, microrregional, macrorregional, estadual, grandes regiões, nacional); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, k)

l) estabelecimento da notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional dos acidentes de trabalho graves e com óbito e das intoxicações por agrotóxicos, considerando critérios de magnitude e gravidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, l)

m) viabilização da compatibilização e/ou unificação dos instrumentos de coleta de dados e dos fluxos de informações, em articulação com as demais equipes técnicas e das vigilâncias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, m)

n) gestão junto à Previdência Social para que a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho feito pelo SUS (Sinan) seja reconhecida, nos casos de trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, n)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

o) criação de sistemas e bancos de dados para registro das informações contidas nos relatórios de inspeções e mapeamento dos ambientes de trabalho realizados pelas equipes de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, o)

p) definição de elenco básico de indicadores de morbimortalidade e de situações de risco para a composição da análise de situação de saúde dos trabalhadores, considerando o conjunto dos trabalhadores brasileiros, incluindo as parcelas inseridas em atividades informais, ou seja, o total da População Economicamente Ativa Ocupada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, p)

q) articulação intra e intersetorial para a implantação ou implementação de observatórios de saúde do trabalhador, em especial, articulando-se com o observatório de violências e outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, q)

r) articulação, apoio e gestão junto à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) para fins de ampliação dos atuais indicadores de saúde do trabalhador constantes das publicações dos Indicadores Básicos de Saúde (IDB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, r)

s) garantia da inclusão de indicadores de saúde do trabalhador nas RIPSA estaduais, conforme necessidades e especificidades de cada estado; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, s)

t) produção de protocolos e manuais de orientação para os profissionais de saúde para a utilização da Classificação Brasileira de Ocupação e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, t)

u) avaliação e produção de relatórios periódicos sobre a qualidade dos dados e informações constantes nos sistemas de informação de interesse à saúde do trabalhador; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, u)

v) disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, v)

III - estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III)

a) ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a)

1. reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 1)

2. reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 2)

3. reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 3)

4. identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 4)

5. inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 5)

6. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 6)

7. suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 7)

8. notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no SIAB e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 8)

9. subsídio à definição da rede de referência e contrarreferência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 9)

10. articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 10)

11. definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 11)

12. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 12)

b) ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 1)

2. identificação da relação entre o trabalho e o acidente, violência ou intoxicação exógena sofridos pelo usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan e adequado registro no SIH-SUS para os casos que requererem hospitalização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 3)

4. acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 4)

5. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 5)

6. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 6)

7. harmonização dos conceitos dos eventos/agravos e unificação das fichas de notificação dos casos de acidentes de trabalho, outros acidentes e violências; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 7)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

8. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 8)

9. estabelecimento de parcerias intersetoriais e referência e contrarreferência com as unidades de atendimento e serviços das Secretarias de Segurança Pública, Institutos Médico Legais, e setores/departamentos de trânsito e transporte; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 9)

c) ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar): (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 1)

2. suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 3)

4. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 4)

5. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 5)

6. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 6)

IV - fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV)

a) aplicação de indicadores de avaliação de impactos à saúde dos trabalhadores e das comunidades nos processos de licenciamento ambiental, de concessão de incentivos ao desenvolvimento, mecanismos de fomento e incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, a)

b) fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, como nas carvoarias, madeireiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral, calcareiras, mineração, entre outros, envolvendo os Ministérios do Trabalho e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, b)

c) compartilhamento e publicização das informações produzidas por cada órgão e instituição, inclusive por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, c)

V - estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V)

a) acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, a)

b) buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, b)

c) estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, c)

d) apoiar o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, d)

e) inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, e)

f) transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, f)

VI - desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI)

a) adoção de estratégias para a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, incluindo os técnicos dos centros de referência e das vigilâncias, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, a)

b) inserção de especificação da atribuição de inspetor de vigilância aos técnicos em saúde do trabalhador nos planos de carreira, cargos e vencimentos, nas esferas estadual e municipal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, b)

c) inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, c)

d) capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, d)

e) capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, e)

f) estabelecimento de referências e conteúdos curriculares para a formação de profissionais em saúde do trabalhador, de nível técnico e superior; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, f)

g) produção de tecnologias mistas de educação presencial e a distância e publicização de tecnologias já existentes, com estabelecimento de processos e métodos de acompanhamento, avaliação e atualização dessas tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, g)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

h) articulação intersetorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o Ministério da Educação, para fins de inclusão de conteúdos temáticos de saúde do trabalhador nos currículos do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação em sentido amplo e restrito, possibilitando a articulação ensino / pesquisa /extensão, bem como nos cursos voltados à qualificação profissional e empresarial; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, h)

i) investimento na qualificação de todos os técnicos dos CEREST, no mínimo, em nível de especialização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, i)

j) integração com órgãos de fomento de pesquisa, nacionais e internacionais e com instituições responsáveis pelo processo educativo como universidades, centros de pesquisa, organizações sindicais, ONG, entre outras; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, j)

k) apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social, movimento sindical e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, k)

VII - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII)

a) articulação estreita entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, a)

b) adoção de critérios epidemiológicos e de relevância social para a identificação e definição das linhas de investigação, estudos e pesquisas, de modo a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento de problemas prioritários no contexto da saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, b)

c) desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a saúde do trabalhador no SUS, que articulem as ações de promoção, vigilância, assistência, reabilitação e produção e comunicação de informações, e resultem em produção de tecnologias de intervenção em problemas prioritários em cada território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, c)

d) definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico conceituais do campo da saúde do trabalhador, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da atenção à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, d)

e) incentivo à pesquisa e aplicação de tecnologias limpas e/ou com reduzido impacto à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente, bem como voltadas à produção de alternativas e substituição de produtos e processos já reconhecidos como danosos à saúde, e formas de organização de trabalho saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, e)

f) estabelecimento de rede de centros de pesquisa colaboradores na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, f)

g) estabelecimento de mecanismos que garantam a participação da comunidade e das representações dos trabalhadores no desenvolvimento dos estudos e pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação dos seus resultados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, g)

h) garantia, pelos gestores, da observância dos preceitos éticos no desenvolvimento de estudos e pesquisas realizados no âmbito da rede de serviços do SUS, mediante a participação dos Comitês de Ética em Pesquisa nesses processos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, h)

§ 1º A análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", compreende o monitoramento contínuo de indicadores e das situações de risco, com vistas a subsidiar o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador, de forma mais abrangente, no território nacional, no estado, região, município e nas áreas de abrangência das equipes de atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º No que se refere à análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", dever-se-á promover a articulação das redes de informações, que se baseará nos seguintes pressupostos: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º)

I - concepção de que as informações em saúde do trabalhador, presentes em diversas bases e fontes de dados, devem estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informações e Informática do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, I)

II - necessidade de estabelecimento de processos participativos nas definições e na produção de informações de interesse à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, II)

III - empreendimento sistemático e permanente de ações, com vistas ao aprimoramento e melhoria da qualidade das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, III)

IV - compartilhamento de informações de interesse para a saúde do trabalhador, mediante colaboração intra e intersetorial, entre as esferas de governo, e entre instituições, públicas e privadas, nacionais e internacionais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, IV)

V - necessidade de estabelecimento de mecanismos de publicação e garantia de acesso pelos diversos públicos interessados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, V)

VI - zelo pela privacidade e confidencialidade de dados individuais identificados, garantindo o acesso necessário às autoridades sanitárias no exercício das ações de vigilância. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, VI)

§ 3º O processo de capacitação em saúde do trabalhador, de que trata o inciso VI do caput, deverá: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º)

I - contemplar as diversidades e especificidades locorregionais, incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multiprofissional e as experiências acumuladas pelos estados e municípios nessa área; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, I)

II - abranger todos os profissionais vinculados ao SUS, independente da especialidade e nível de atuação - atenção básica ou especializada, os inseridos em programas e estratégias específicos, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, saúde da família, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e em saúde ambiental, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, II)

III - considerar, sempre que possível, com graus de prioridade distintos, as necessidades de outras instituições públicas e privadas -sindicatos de trabalhadores e patronais, organizações não governamentais (ONG) e empresas que atuam na área de modo interativo com o SUS, em consonância com a legislação de regência; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IV - contemplar estratégias de articulação e de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros além de outros que apresentem correlação com a área da saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação, incluindo a oferta de vagas para estágios curriculares e extracurriculares. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, IV)

CAPÍTULO IV
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV)

Seção I
Das Atribuições dos Gestores do SUS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 10. São responsabilidades da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10)

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, I)

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, II)

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, III)

IV - assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, IV)

V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, V)

VI - desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, VI)

Art. 11. À direção nacional do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11)

I - coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, II)

III - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IV)

V - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, V)

VI - promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância e de assistência à saúde do trabalhador junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VI)

VII - monitorar, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VII)

VIII - estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos municípios e nos estados a partir dos sistemas de informação em saúde, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento estratégico da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VIII)

IX - elaborar perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IX)

X - promover a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, X)

XI - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XI)

XII - promover a formação e a capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, junto à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XII)

XIII - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIII)

XIV - conduzir a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional e a inclusão do elenco prioritário de agravos relacionados ao trabalho na listagem nacional de agravos de notificação compulsória; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIV)

XV - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XV)

Art. 12. À direção estadual do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12)

I - coordenar, em âmbito estadual, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, II)

III - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros, para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CES; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IV)

V - apoiar tecnicamente e atuar de forma integrada com as secretarias municipais de saúde na implementação das ações de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, V)

VI - organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, os mecanismos e os fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VI)

VII - realizar a pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VII)

VIII - monitorar, em conjunto com as secretarias municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IX)

X - garantir a implementação, nos serviços públicos e privados, da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como do registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados nos municípios, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento desta Política; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, X)

XI - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XI)

XII - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas técnicas pertinentes à sua esfera de competência, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XII)

XIII - promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS, inclusive na forma de educação continuada, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIII)

XIV - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIV)

XV - definir e executar projetos especiais em questões de interesse locorregional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XV)

XVI - promover, no âmbito estadual, a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XVI)

Art. 13. Compete aos gestores municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13)

I - executar as ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, I)

II - coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, II)

III - conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, III)

IV - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IV)

V - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, V)

VI - constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VI)

VII - participar, em conjunto com o estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VII)

VIII - articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IX)

X - implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, X)

XI - instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

XII - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XII)

XIII - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIII)

XIV - promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIV)

Seção II
Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14)

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, I)

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, II)

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, III)

§ 1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das secretarias municipais de saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 1º)

§ 2º Para as situações em que o município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 2º)

§ 3º O apoio matricial, de que trata o art. 14, II, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 3º)

Art. 15. As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15)

Parágrafo Único. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único)

I - a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, I)

II - a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, II)

CAPÍTULO V
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO V)

Art. 16. As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, III)

§ 1º O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador, nos moldes de uma atuação permanentemente articulada e sistêmica. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 2º)

Art. 17. A avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pelas três esferas de gestão do SUS, devem ser conduzidos considerando-se: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17)

I - a inserção de ações de saúde do trabalhador, considerando objetivos, diretrizes, metas e indicadores, no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, em cada esfera de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, I)

II - a definição de que as ações de saúde do trabalhador, em cada esfera de gestão, devem expressar com clareza e transparência, os mecanismos e as fontes de financiamento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, II)

III - o estabelecimento de investimentos nas ações de vigilância, no desenvolvimento de ações na Atenção Primária em Saúde e na regionalização como eixos prioritários para a aplicação dos recursos de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, III)

IV - a definição de interlocutor para o tema saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IV)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

V - a inclusão na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) de ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, V)

VI - a produção de protocolos, de linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, de acordo com os níveis de organização da vigilância e atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VI)

VII - a capacitação dos profissionais de saúde, visando à implementação dos protocolos, das linhas guias e das linhas de cuidado em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VII)

VIII - a definição dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, de acordo com as diretrizes clínicas, as linhas de cuidado pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), garantindo a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VIII)

IX - o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde do trabalhador pactuados, bem como o acompanhamento da evolução histórica e tendências dos indicadores de morbimortalidade, nas esferas municipal, micro e macrorregionais, estadual e nacional. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IX)

Art. 17-A. Os Sistemas de Informação que já preveem o cadastramento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente utilizados por Estados, Distrito Federal e Municípios, e os que serão desenvolvidos deverão ser adequados a esta Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 458 de 20.03.2020)

CAPÍTULO VI
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO VI)

Art. 18. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles voltados a cooperativas, da economia solidária e pequenos empreendimentos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, a serem inseridos nos pisos variáveis dos componentes de vigilância e promoção da saúde e da vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

ANEXO 1 DO ANEXO XV
Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Anexo 1)

ELEMENTOS INFORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Os elementos informativos consistem na apresentação de conceitos e contextualização de termos e conteúdos explicativos e conformadores da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Tem como finalidade precípua conferir caráter pedagógico e orientador à Política.

1. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao usuário para atendimento da integralidade que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, inclusive as de saúde do trabalhador, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS é objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

2. A participação da comunidade é um princípio fundante do SUS, estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tendo relevância e especificidades na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Partindo deste principio, a participação dos trabalhadores é essencial nos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras dos agravos relacionados ao trabalho. Cabe às diversas instâncias do SUS assumir como legítima a participação da sociedade nas decisões envolvendo as políticas de saúde do trabalhador, estabelecendo-se relações éticas entre os representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, gestores e a equipe de saúde. A garantia da participação da comunidade e do controle social na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das políticas, contribui para o fortalecimento do exercício da cidadania pela sociedade.

3. Deve-se, no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observar a diretriz organizativa da descentralização, o que requer a consolidação do papel do Município como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador em seu território, de acordo com as necessidades e características de suas populações.

4. No que toca à diretriz da hierarquização, a construção da atenção integral à saúde do trabalhador passa pela integração de todos os níveis de atuação do SUS, em função de sua complexidade e densidade tecnológica, considerando sua organização em redes e sistemas solidários e compartilhados entre as três esferas de gestão e conforme a pactuação estadual e regional.

5. O direito à saúde constitui-se num direito social derivado do direito à vida, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução 217ª, III, da Assembleia Geral da ONU, 10/09/1948). No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um direito social (art. 6º) que decorre do princípio fundamental da dignidade humana (inciso III, art. 1º), cabendo ao Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196). Dessa forma, é dever do poder público prover as condições e as garantias para o exercício do direito individual e coletivo à saúde, com a ressalva de que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, parágrafo 2º da Lei Nº 8.080/90). A responsabilidade sanitária é comum às três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, e deve ser desempenhada por meio da formulação, financiamento e gestão de políticas de saúde que respondam às necessidades sanitárias, demográficas e sócio-culturais das populações e superem as iniquidades existentes. Nesse sentido, o caráter ético-político da ação sanitária em saúde do trabalhador compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e saúde. Refere-se ao compromisso ético, que devem assumir gestores e profissionais de saúde nas ações desenvolvidas, tanto no que diz respeito à dignidade dos trabalhadores, ao direito à

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

informação fidedigna, ao sigilo, no que couber, das informações relativas ao seu estado de saúde e a sua individualidade, quanto em relação ao direito de conhecimento sobre o processo e os resultados das intervenções sanitárias, e de participação, inclusive na tomada de decisões.

6. A incorporação do princípio da precaução nas ações de saúde do trabalhador considera que, por precaução, medidas devem ser implantadas visando prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde. Busca, assim, prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros. Requer, na tomada de decisão em relação ao uso de determinadas tecnologias, que o ônus da prova científica passe a ser atribuído aos proponentes das atividades suspeitas de danos à saúde e ao ambiente.

7. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98). Apresenta como características gerais:

- O caráter transformador: a Vigilância em Saúde do Trabalhador constitui um processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica em assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Dessa maneira, a ação de VISAT deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

- A importância das ações de promoção, proteção e prevenção: partindo do entendimento de que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente preveníveis, esta Política deve fomentar a substituição de matérias primas, de tecnologias e de processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos. As práticas de intervenção em VISAT devem orientar-se pela priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva.

- Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber dos trabalhadores, necessários para o desenvolvimento da ação.

- Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

- Articulação intrasetorial: a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se articular com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde.

- Articulação intersetorial: deve ser compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

- Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas no âmbito da vigilância em saúde e com as universidades, os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

8. A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho. A articulação intra e intersetorial deve buscar a adoção de estratégias que viabilizem a inserção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nas políticas, públicas e privadas, mediante a garantia da participação do setor saúde/saúde do trabalhador na definição das políticas setoriais e intersetoriais. A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, e da população geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. A dignidade no trabalho refere-se à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais.

9. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, incluindo ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população. Cumpre ressaltar que esta Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como componente estruturante a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de forma articulada com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, especialmente, com a Atenção Primária à Saúde. A organização da atenção e o planejamento das ações de saúde do trabalhador devem contemplar as especificidades dos perfis das atividades produtivas e da população trabalhadora, considerando os problemas de saúde deles advindos, e sua distribuição nos territórios, em coerência à análise da situação de saúde dos trabalhadores.

10. Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde:

- Considerando que a vigilância em saúde do trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos, fica clara a existência de interfaces com os demais componentes da vigilância em saúde.

- Frequentemente os riscos advindos dos processos produtivos extrapolam os limites dos ambientes de trabalho e atingem, em maior ou menor grau, as comunidades e populações no entorno, ou até de locais mais distantes. Por outro lado, problemas de saúde, endemias e epidemias que atingem a população geral também afetam grupos de trabalhadores ou locais de trabalho específicos. Assim, pode-se observar certa superposição de ambientes, lugares e pessoas, que resultam na confluência de objetos e campos de atuação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

saúde ambiental e de saúde do trabalhador, incluindo o papel das redes, nacional e estadual, de laboratórios de saúde pública e dos setores responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das informações em saúde.

- O fortalecimento da capacidade de atuação e das competências técnicas e legais da vigilância em saúde do trabalhador e a integração das práticas entre as vigilâncias são, portanto, estratégicas para a obtenção de melhores resultados na proteção da saúde dos trabalhadores.

- Por outro lado, considerando a integralidade do cuidado e seu papel estruturante no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, cabe também à Atenção Primária à Saúde o desenvolvimento de ações de VISAT, em seu âmbito de atuação e complexidade, e conforme o perfil produtivo e da população trabalhadora em seu território. Para viabilizar essas ações é fundamental a integração das vigilâncias com a Atenção Primária à Saúde.

- A nova política nacional de atenção básica preconiza a inserção de profissionais especializados como uma possibilidade de apoio matricial a ser desenvolvido pelo NASF, conforme sua nova regulamentação, o que demanda a articulação entre as equipes técnicas envolvidas nas ações de saúde do trabalhador.

11. Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores: o conhecimento da situação de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção e sistematização das informações existentes em diversas fontes de dados e de interesse para o desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador, envolvendo o conhecimento sobre o perfil das atividades produtivas, da população trabalhadora, a realidade do mundo do trabalho, e a análise do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e de outros indicadores sociais, nos territórios. A análise da situação de saúde dos trabalhadores visa subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores nas diversas esferas de gestão do SUS, assim como servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores e da população. Além disso, deve subsidiar a permanente avaliação das políticas públicas e privadas, das empresas, dos trabalhadores e seus sindicatos, contribuindo inclusive na revisão, atualização e proposição de normas técnicas e legais. Para tal, as informações devem ser oportunas, fidedignas, inteligíveis e de fácil acesso.

12. Considerando o princípio de que a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo em que estes níveis de atenção se estabelecem com a lógica operacional da hierarquização e da regionalização, deve-se buscar o seu funcionamento enquanto rede solidária, resolutiva e de compartilhamento de saberes, práticas e de produção de conhecimento.

13. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária em Saúde (APS):

A Atenção Primária em Saúde é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme consta na Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Neste sentido, as equipes da APS e de saúde do trabalhador devem atuar de forma articulada para garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A ação da APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Assim, cabe à APS considerar sempre que os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares.

14. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Urgência e Emergência:

Os pontos de atenção às urgências e emergências constituem lócus privilegiado para a identificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, incluindo as intoxicações exógenas, assim como para o devido encaminhamento das informações aos setores de vigilância em saúde (e vigilância em saúde do trabalhador). Dada a frequência e gravidade desses casos, que são de notificação compulsória, aumenta a importância estratégica deste nível de atenção à saúde do SUS, possibilitando, a partir da notificação, o desencadeamento de medidas de prevenção e controle nos ambientes e locais de trabalho. Desse modo, a articulação desta Política com a Política Nacional de Urgência e Emergência e com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e seus desdobramentos nos estados e municípios, são estratégicos para a garantia da integralidade da atenção à saúde do trabalhador.

15. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar):

Considerando a lógica operacional da hierarquização e da regionalização das ações e serviços de saúde, os pontos de atenção especializada são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região.

16. Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial:

- A atuação intersetorial é pressuposto constituinte da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e condição para a obtenção de impactos positivos na intervenção nos determinantes das condições de saúde e trabalho.

- Deve ser entendida como a "... articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, saberes, poderes e vontades, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população". (Rede Unida)

- Sua prática possibilita o estabelecimento de estratégias de planejamento conjunto e articulado entre as políticas públicas, de modo a garantir a transversalidade das questões de saúde do trabalhador, de forma complementar, cooperativa e solidária.

- A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre diferentes esferas de governo - federal, estadual e municipal, que atuam na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas, públicas e privadas, que possam ter impacto sobre a saúde da população. Nos estados e municípios envolve órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, estruturas derivadas dos ministérios que atuam nas regiões, tais como Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTE), Superintendências Regionais do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e unidades descentralizadas da Fundacentro, Ministério Público, universidades, centros de pesquisas, entre outros.

17. Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social:

- O fortalecimento e a ampliação da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, na formulação, no planejamento, na gestão e no desenvolvimento das políticas e das ações em saúde do trabalhador, devem considerar as configurações do mundo do trabalho, as mudanças nos processos produtivos e na estrutura sindical, e o crescimento das relações informais e precárias de trabalho.

- Isso requer a busca de alternativas para a ampliação da representação dos trabalhadores nas instâncias de participação e controle social. Dessa forma, além dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e suas organizações sindicais, sugerem-se esforços que equacionem a participação de outras representações sociais que congreguem os trabalhadores de setores da economia informal, de produção agrícola, pescadores, comunidades tradicionais, trabalhadores rurais sem terra, quilombolas, trabalhadores autônomos e outros; dos empregadores; de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

grupos sociais e movimentos ambientalistas; com vistas à identificação de soluções e compromissos que favoreçam a promoção e a proteção da saúde de todos os trabalhadores.

- A participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social em saúde do trabalhador deve ser concebida como parte do controle social do SUS e deve estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

18. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

- A capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador tem importância estratégica na operacionalização desta Política. Esta qualificação deverá considerar a necessidade de harmonização dos conceitos e valores, e de mudanças nos processos de trabalho e nas práticas de saúde das equipes multiprofissionais nas três esferas de gestão do SUS, de modo a operar efetivamente como redes de atenção solidárias e compartilhadas e na perspectiva de viabilização de apoio institucional e matricial.

- Esse processo - abrangendo as esferas cognitivas e das competências, habilidades e atitudes - deverá proporcionar a preparação de profissionais, em quantidade suficiente, envolvendo a qualificação nas dimensões da gestão, planejamento e acompanhamento, da vigilância de agravos e dos ambientes e processos de trabalho, da assistência (diagnóstico, tratamento e reabilitação), da produção de informações e comunicação em saúde e da organização dos serviços. Entre as habilidades a serem incentivadas, figura a de permanente diálogo com as demais instituições responsáveis pelas ações de saúde dos trabalhadores, os trabalhadores e os empregadores, para que se efetive o controle social.

19. Garantia do financiamento das ações de saúde do trabalhador

- O financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, conforme o disposto na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990. Por isso, o desenvolvimento da PNST no SUS deve ser garantido através das fontes de financiamento do próprio sistema de saúde, devendo ser contemplada de modo adequado e permanente nos orçamentos de saúde da União, Estados, Municípios e DF, além de outras fontes.

- As ações de saúde do trabalhador, a serem desenvolvidas conforme esta Política e as políticas estadual e municipal de saúde, deverão contar com a respectiva previsão orçamentária, definida nos planos e nas programações anuais de saúde, nas três esferas de gestão do SUS.

- Para a garantia do financiamento, as ações de promoção e vigilância, de atenção à saúde do trabalhador, de educação permanente, entre outras, devem ser incluídas nos planos de saúde com especificação das respectivas necessidades orçamentárias e financeiras em cada um dos blocos de financiamento do SUS, conforme legislação específica, uma vez que as ações de saúde do trabalhador devem ser executadas por todos os pontos da rede, conforme a complexidade e densidade tecnológica de cada uma delas.

ANEXO XVI

Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (Origem: PRT MS/GM 122/2012)

Art. 1º Fica aprovado o regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

Art. 2º Ficam definidas as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 3º As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º)

§ 1º As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º As eCR utilizarão, quando necessário, as instalações das UBS do território. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 4º As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1029/2014)

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I)

~~**a)** enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, a)~~

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista e terapeuta ocupacional; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**b)** agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, b)~~

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico ou auxiliar em saúde bucal e profissional/professor de educação física; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II)

~~**a)** enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, a)~~

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista e terapeuta ocupacional; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**b)** agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, b)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico ou auxiliar em saúde bucal e profissional/professor de educação física; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, III)

Art. 5º As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º)

I - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, I)

II - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, II)

III - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, III)

IV - terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IV)

V - médico; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, V)

VI - agente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VI)

VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VII)

~~**VIII -** técnico em saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VIII)~~

VIII - técnico ou auxiliar em saúde bucal; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

IX - cirurgião dentista; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

X - profissional/professor de educação física; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, X) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

~~**XI -** profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, XI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)~~ **§ 4º** (Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 1º Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de 2 (dois) profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 3º As equipes de saúde da família que atendam pessoas em situação de rua poderão ter sua habilitação modificada para eCR, respeitados os parâmetros de adstrição de clientela e de composição profissional previstos para cada modalidade. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 3º)

~~**§ 4º** No caso do § 3º, as eCR poderão ser contabilizadas no numero de equipes matriciadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 4º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 5º O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 6º Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 7º Os agentes sociais exercerão as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º)

I - trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, I)

II - realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas); (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, II)

III - dispensação de insumos de proteção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, III)

IV - encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, IV)

V - acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, V)

§ 8º Os agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 8º)

~~**§ 9º** O técnico em saúde bucal da eCR será supervisionado por um cirurgião-dentista vinculado a uma Equipe de Saúde da Família (ESF) ou a outra equipe de atenção básica da área correspondente à área de atuação da eCR ou da UBS mais próxima da área de atuação, conforme definição do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 9º)~~

§ 9º O técnico ou auxiliar em saúde bucal da eCR será supervisionado pelo cirurgião dentista integrante da eCR ou, na hipótese de não haver esse profissional na eCR, por outro cirurgião dentista vinculado ao mesmo estabelecimento da eCR no SCNES. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**§ 10.** A equipe de que trata o §9º também será responsável pelo atendimento da população e pela programação de atividades em conjunto com o técnico em saúde bucal da eCR. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 10)~~

§ 10. O cirurgião dentista não integrante da eCR de que trata o § 9º será responsável também pelo atendimento da população e pela programação de atividades em conjunto com o técnico ou auxiliar de saúde bucal da eCR. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**§ 11.** A supervisão do cirurgião-dentista, de que trata o § 9º, direta ou indireta, será obrigatória em todas as atividades realizadas pelo técnico em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 11)~~

§ 11. A supervisão do cirurgião dentista, de que trata o § 9º, direta ou indireta, será obrigatória em todas as atividades realizadas pelo técnico ou auxiliar em saúde bucal. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 12. As equipes dos Consultórios na Rua, Modalidade III ou Modalidade II, que tenham perdido 1 (um) ou mais profissionais por um período superior a 60 (sessenta) dias, serão consideradas, temporariamente, para fins de repasse financeiro, como Modalidade II ou Modalidade I, de acordo com os seguintes critérios a serem observados no SCNES: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1922/2013)

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade I, sendo a mesma composta por 2 (dois) profissionais de nível superior e 2 (dois) profissionais de nível médio; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 180 (cento e oitenta) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade II, sendo a mesma composta por 3 (três) profissionais de nível superior e 3 (três) profissionais de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, b)

§ 13. O horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**Parágrafo Único.** O horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**Art. 6º** As eCR cumprirão carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ressalvada a possibilidade das equipes enquadradas na Modalidade III optarem por profissional médico com carga horária semanal de 30 (trinta) horas ou por 2 (dois) médicos com carga horária de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1922/2013)~~

Art. 6º Os profissionais das eCR cumprirão carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ressalvada a possibilidade das equipes enquadradas na Modalidade III optarem por profissional médico com carga horária semanal mínima individual de 30 (trinta) horas ou por 2 (dois) médicos com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**Art. 7º** Para cálculo do número máximo de eCR financiados pelo Ministério da Saúde por Município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º)~~

~~**§ 1º** O número de eCR por município será publicado em portaria específica da SAS/MS, de acordo com os censos populacionais vigentes relacionados à população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 1º)~~

~~**§ 2º** O parâmetro adotado será de uma eCR a cada 80 (oitenta) a 1.000 (um mil) pessoas em situação de rua, conforme faixas estabelecidas no Anexo 1 do Anexo XVI . (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 2º)~~

Art. 7º Para cálculo do número máximo de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município e Distrito Federal, serão considerados os dados populacionais relacionados à população em situação de rua, dos órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 1º O número máximo de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município ou Distrito Federal será publicado em portaria específica do Ministro de Estado da Saúde, de acordo com as informações populacionais vigentes relacionadas à população em situação de rua, nos termos deste Anexo XVI. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 2º Para efeitos da comprovação de dados populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais, serão reconhecidas informações do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 3º Todos os números máximos atualizados de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município e Distrito Federal constarão em tabela disponibilizada no endereço eletrônico do Ministério da Saúde referente à Atenção Primária a Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

Art. 8º As eCR terão acesso a processos de educação permanente, contemplando-se, dentre outros, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 7º)

Art. 9º O gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da eCR, para viabilizar o cuidado presencial para a população de rua, consoante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º)

Parágrafo Único. O veículo destinado ao deslocamento da eCR deverá manter a identificação visual e o grafismo da eCR, de acordo com o padrão pactuado nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. Para implantação, credenciamento e liberação do financiamento das eCR, os municípios e o Distrito Federal seguirão os processos descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para implantação das Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 10)

Art. 11. O Ministério da Saúde publicará manual e documentos de apoio com vistas a auxiliar a implementação das eCR, disponibilizando-os no endereço eletrônico dab.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 11)

CAPÍTULO II
DOS CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR) POR MUNICÍPIO

Art. 12. Este Capítulo define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 1º)

~~**Art. 13.** Para o cálculo do número máximo de eCR por município serão considerados os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º)~~

~~**I -** para municípios com população de 100.000 (cem mil) a 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo DAB/SAS/MS; e (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, I)~~

~~**II -** para os municípios com população superior 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, de 2008, e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos, em 2011. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, II)~~

~~**Parágrafo Único.** Os municípios com população inferior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão ser contemplados com eCR, desde que comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)~~

Art. 13. O número máximo de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município e Distrito Federal de que trata o art. 7º corresponderá ao resultado da divisão do número de pessoas em situação de rua do ente federativo pelo número quinhentos (população de rua/500), devendo ser observadas, ainda, as seguintes regras: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

I - caso o resultado da divisão prevista no caput resulte em número fracionado, este deverá ser elevado ao primeiro número inteiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

II - o limite mínimo de população em situação de rua para que a eCR seja financiada pelo Ministério da Saúde é de 80 pessoas em situação de rua no município ou Distrito Federal; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

18.06.2018)

III - os municípios ou Distrito Federal com população total estimada de mais de 100.000 (cem mil) habitantes terão, no mínimo, 1 eCR financiada pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

Parágrafo único. O município ou Distrito Federal poderá solicitar ao Ministério da Saúde o aumento do número máximo de eCR nos termos deste artigo, desde que comprove o aumento da população em situação de rua, por meio de dados oficiais, consoante determinam os arts. 7º e 15. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

Art. 14. Os 92 (noventa e dois) Consultórios de Rua existentes no País quando da publicação da Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, não serão considerados para efeito da contagem do número máximo de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. Nos municípios onde houver Consultório de Rua, ele será somado ao número máximo de eCR obtido pelo cálculo definido neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

~~**Art. 15.** Observados os critérios de cálculo estabelecidos neste Capítulo, a relação completa do número máximo de eCR admitido por município será publicada no endereço eletrônico do DAB/SAS/MS, em www.saude.gov.br/dab. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 4º)~~

Art. 15. A comprovação e a verificação da população em situação de rua, nos termos dos arts. 7º e 13, será realizada no ato de solicitação de credenciamento de eCR, por meio de plataforma específica do Ministério da Saúde ou de ofício, conforme fluxo estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 1º As solicitações de credenciamento de eCR serão submetidas à análise técnica e à disponibilidade orçamentária. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 2º O número de eCR credenciadas pelo Ministério da Saúde não deve ultrapassar o número máximo de que tratam os arts. 7º e 13. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

CAPÍTULO III
DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Art. 16. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, com a seguinte composição de representantes titulares: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º)

I - representantes de órgãos e entidades públicas: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I)

a) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, a)

b) 3 (três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, b)

c) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, c)

d) 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, e)

f) 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, f)

II - representantes de entidades da Sociedade Civil Organizada: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II)

a) 3 (três) representantes do Movimento Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, a)

b) 2 (dois) representantes da Organização Médicos Sem Fronteiras, no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, b)

c) 2 (dois) representantes da Pastoral Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, c)

d) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, d)

e) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, e)

Art. 17. Constituem atribuições do Comitê Técnico de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º)

I - propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, II)

III - elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, III)

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, IV)

V - colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, V)

§ 1º A coordenação do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo será realizada pelo representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e, na sua ausência ou impedimentos eventuais, por seu suplente. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance de seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A designação dos componentes do Comitê, titulares e respectivos suplentes, será feita mediante ato do titular da SGEP/MS, após a indicação dos órgãos e entidades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 3º)

Art. 18. As reuniões ordinárias ocorrerão com frequência mínima de 3 (três) vezes ao ano. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 19. Os componentes do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo não receberão nenhuma remuneração para o seu exercício, sendo considerado trabalho de relevante interesse social. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 4º)

Art. 20. O Comitê definirá, em sua primeira reunião, o cronograma de trabalho e sua agenda de atividades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 5º)

ANEXO 1 DO ANEXO XVI
Número de Consultórios de Rua por Cidade (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 1)
(Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2021)

Número de Consultórios de Rua por Cidade (Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2021)

Região	Estado	Município	nº CR
CENTRO OESTE	DF	Brasília	3
	GO	Anápolis	1
		Aparecida de Goiânia	1
		Goiânia	4
	MG	Cuiabá	1
	MT	Várzea Grande	1
	MS	Corumbá	1
		Ponta Porã	1
NORTE	AC	Rio Branco	1
	AM	Manacapuru	1
		Manaus	1
	AP	Macapá	1
	PA	Belém	1
		Santarém	1
	RO	Porto Velho	1
NORDESTE	AL	Maceió	4
	BA	Salvador	4
	CE	Fortaleza	3
	MA	Imperatriz	1
	PB	Campina Grande	1
		João Pessoa	2
	PE	Camaragibe	1
		Olinda	1
		Paulista	1
		Recife	1
	PI	Teresina	1
	RN	Natal	1
SUDESTE	ES	Serra	1
		Vila Velha	1
		Vitória	1
	MG	Barbacena	1
		Belo Horizonte	2
		Janaúba	1
		Juiz de Fora	1
		Montes Claros	1
		Uberaba	1
		Uberlândia	1
	RJ	Duque de Caxias	1
		Itaboraí	1
		Macaé	1
		Niterói	1
		Nova Iguaçu	1
		Resende	1
		Rio de Janeiro	2
	SP	Campinas	2
		Diadema	2
		Embu	1
		Guarulhos	2
		Jundiaí	1
		Osasco	1
		Ribeirão Preto	1
		Santos	1
		São Bernardo do Campo	1
		São José do Rio Preto	1
		São José dos Campos	1
		São Paulo	2
		Sorocaba	1
		Suzano	1
SUL	PR	Cascavel	1

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

		Curitiba	1
		Maringá	1
	RS	Caxias do Sul	1
		Pelotas	1
		Porto Alegre	2
		Uruguaiana	1
		Viamão	1
	SC	Blumenau	1
		Criciúma	1
		Florianópolis	1
		Joinville	1
TOTAL			92

ANEXO 2 DO ANEXO XVI

Número de equipes em função da população em situação de rua (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 2) (Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2021)

Número de equipes em função da população em situação de rua (Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2021)

FAIXA	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	Nº DE EQUIPES
1	80 - 1000	1
2	1001 - 2000	2
3	2001 - 3000	3
4	3001 - 4000	4
5	4001 - 5000	5
6	5001 - 6000	6
7	6001 - 7000	7
8	7001 - 8000	8
9	8001 - 9000	9
10	9001 - 10000	10
11	10001 - 11000	11
12	11001 - 12000	12
13	12001 - 13000	13
14	13001 - 14000	14
15	14001 - 15000	15
16	15001 - 16000	16

ANEXO XVII

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Origem: PRT MS/GM 1082/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Este Anexo define as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 1º)

Art. 2º Para fins do disposto neste Anexo, consideram-se as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º)

I - adolescente em conflito com a lei: aquele que cometeu algum ato infracional e que cumpre medida socioeducativa em meio aberto ou fechado, em situação de privação de liberdade, conforme definido na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, I)

II - medida socioeducativa em meio aberto: aquela cumprida na forma de prestação de serviço à comunidade e de liberdade assistida, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, II)

III - privação de liberdade: cumprimento de medida socioeducativa de internação, de internação provisória e de semiliberdade, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, III)

IV - Plano Operativo: documento que tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, descrevendo-se as atribuições e compromissos entre as esferas estadual e municipal de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, IV)

V - Plano de Ação Anual: documento elaborado anualmente que contém os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, V)

Art. 3º A execução de medidas socioeducativas privativas de liberdade é de responsabilidade da Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, cabendo às Secretarias Municipais de Assistência Social as medidas em meio aberto. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º Ao adolescente em conflito com a lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, será garantida a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 4º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Seção I
Dos Princípios
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º A organização das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será realizada de acordo com os seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º)

I - respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, I)

II - enfrentamento ao estigma e preconceito; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, II)

III - respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, III)

IV - garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, IV)

V - reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, V)

VI - atenção humanizada e de qualidade a esta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VI)

VII - permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VIII)

VIII - organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VII)

Seção II
Dos Objetivos
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º A PNAISARI tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 6º)

Art. 7º São objetivos específicos da PNAISARI: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º)

I - ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, I)

II - estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, II)

III - incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), de modo a atender as complexas necessidades desta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, III)

IV - promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, IV)

V - garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, V)

VI - priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VI)

VII - promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VII)

Seção III
Da Organização
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados os seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º)

I - promoção da saúde e prevenção de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, I)

II - ações de assistência e reabilitação da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, II)

III - educação permanente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, III)

Art. 9º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º)

I - o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, I)

II - a saúde sexual e a saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, II)

III - a saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, III)

IV - a saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, IV)

V - a prevenção ao uso de álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, V)

VI - a prevenção e controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VI)

VII - a educação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VII)

VIII - os direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VIII)

Art. 10. A atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será organizada e estruturada na Rede de Atenção à Saúde, garantindo-se: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10)

I - na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I)

a) as principais ações relacionadas à promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

b) as ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com foco na ampla garantia de direitos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, b)

c) o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, c)

d) o aleitamento materno junto às adolescentes, sobretudo às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, d)

e) os cuidados de saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, e)

f) o desenvolvimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, f)

g) a articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, g)

h) o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, h)

II - na Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II)

a) o acesso à assistência de média e alta complexidade na rede de atenção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, a)

b) a implementação de estratégias para promoção de cuidados adequadas nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar, considerando-se as especificidades de abordagem desta clientela e os agravos decorrentes da institucionalização; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, b)

c) o acesso aos cuidados em saúde nos pontos de atenção da Rede de urgência e Emergência, de modo a preservar suas especificidades; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, c)

d) acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade, para atenção aos adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o oferecimento de suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, respeitando-se as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os acolhendo em regime de curta permanência. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, d)

§ 1º Todos os pontos da rede de atenção à saúde devem garantir aos adolescentes em conflito com a Lei, segundo suas necessidades, o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º A Atenção Básica tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a Lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e devem realizar essa atenção com base territorial. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO III
DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III)

Art. 11. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, ou seja, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, em função de suas características peculiares de maior vulnerabilidade, seguirá critérios e normas específicos constantes deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 11)

Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12)

§ 1º Todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica, conforme atribuições constantes do Anexo 1 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 2º)

§ 3º Toda equipe de saúde existente dentro de unidade socioeducativa será cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 3º)

Art. 13. Para a atenção em saúde mental de adolescentes em situação de privação de liberdade, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência para esta população poderá ser acrescida de: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13)

I - 1 (um) profissional de saúde mental, para atenção à unidade socioeducativa com população até 40 (quarenta) adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, I)

II - 2 (dois) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população entre 41 (quarenta e um) e 90 (noventa) adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, II)

III - 3 (três) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população, excepcionalmente, acima de 90 (noventa) adolescentes. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, III)

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, compreende-se como profissionais de saúde mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 1º)

§ 2º As equipes de Atenção Básica, sempre que possível, serão multiprofissionais, compondo-se com pelo menos 1 (um) psicólogo ou médico psiquiatra em cada equipe de saúde da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º Os profissionais de saúde mental que compuserem as equipes de saúde da Atenção Básica responsáveis pelas ações de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade deverão ser cadastrados no SCNES da equipe de saúde da Atenção Básica de referência, com possibilidade de serem vinculados ao NASF. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 3º)

Seção I
Das Atribuições da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 14. A implementação da atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade ocorrerá com a participação conjunta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios onde se localizar a unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14)

Parágrafo Único. Os entes federativos mencionados no "caput" incluirão a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade nos seus respectivos planejamentos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. A Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizarem as unidades socioeducativas, em conjunto e em articulação com a Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, organizarão o provimento de ações contínuas para a atenção à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade na Rede de Atenção existente e conforme diretrizes contidas no Capítulo V da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sinase. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 15)

Art. 16. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16)

I - coordenar e apoiar a implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, I)

II - participar do financiamento tripartite para a atenção integral à saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica aos estados, Distrito Federal e municípios no processo de discussão e implementação dos Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, III)

IV - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base os Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, IV)

V - elaborar e disponibilizar diretrizes assistenciais a serem implementadas pelas unidades do sistema socioeducativo e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, V)

VI - padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VI)

VII - apoiar tecnicamente o Ministério dos Direitos Humanos no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação, compreendendo-se instalações físicas e equipamentos; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VII)

VIII - elaborar conteúdos mínimos de capacitação dos profissionais das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, das redes de saúde e intersetoriais no âmbito da educação permanente a ser disponibilizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete aos Estados, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17)

I - apoiar os municípios na implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, I)

II - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, II)

III - apoiar e participar da elaboração e execução dos Planos Operativos e Planos de Ação Municipais, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII , em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, III)

IV - inserir no seu planejamento anual e no Plano Estadual de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IV)

V - apoiar e incentivar a inserção da população adolescente em conflito com a lei e a privada de liberdade nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Estado e municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, V)

VI - apoiar tecnicamente o desenvolvimento das ações previstas no Plano de Ação Anual dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VI)

VII - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VII)

VIII - participar da organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade em parceria com a gestão municipal de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VIII)

IX - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IX)

X - prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos e Planos de Ação Anuais; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, X)

XI - monitorar e avaliar a implementação das ações constantes no Plano de Ação Anual em conjunto com os Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, XI)

Art. 18. Compete aos Municípios, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18)

I - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, I)

II - elaborar e executar o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII , em parceria com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, II)

III - inserir no seu planejamento anual e no Plano Municipal de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, III)

IV - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IV)

V - inserir a população adolescente em conflito com a lei nos programas e políticas da saúde promovidas pelo município; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, V)

VI - garantir o abastecimento de medicamento e insumos de acordo com a com as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e e Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VII - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VII)

VIII - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VIII)

IX - participar da elaboração de diretrizes assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias de medidas socioeducativas e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IX)

X - inserir os adolescentes no processo de Cadastramento dos Usuários do SUS do município. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, X)

Art. 19. Ao Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, competem os direitos e obrigações reservados às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 19)

Art. 20. O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo, previstos na Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20)

Parágrafo Único. O Plano Operativo de que trata o "caput" tem prazo de validade de 4 (quatro) anos, e deve, ao final deste período, ser reapresentado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente e à Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ/DAPES/SAS/MS), nos moldes dispostos no Anexo 2 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 21. O Plano de Ação Anual deve ser apresentado por cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual de que trata o "caput" deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. A Secretaria de Saúde dos Estados, em casos excepcionais, poderá elaborar Plano Operativo e assumir a gestão das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade de Município localizado em seu território, mediante pactuação na CIB. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 22)

Seção II
Das Atribuições do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 23. Compete ao GTI instituído no âmbito do estado ou do município: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23)

I - a elaboração de Plano Operativo, conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, I)

II - a elaboração de Plano de Ação Anual, com definição das ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, II)

III - o acompanhamento e monitoramento da efetiva implementação da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, III)

IV - realização de diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, IV)

§ 1º Poderão integrar o GTI de que trata o "caput" representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º)

I - Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, a)

II - Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, b)

III - Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo em âmbito local; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, c)

IV - unidades socioeducativas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, d)

V - outras instituições e conselhos estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, e)

§ 2º Constará no Plano Operativo a indicação da Secretaria de Saúde do ente federativo responsável pela gestão das ações de saúde para os adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 2º)

§ 3º Dar-se-á ciência do Plano Operativo ao Conselho de Saúde e à CIB ou, quando for o caso, a Comissão Intergestores Regional (CIR). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 3º)

§ 4º O Plano Operativo deverá ser aprovado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 4º)

§ 5º A elaboração do Plano de Ação Anual deverá conter as ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 5º)

Seção III
Do Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 24. O ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade fará jus a incentivo financeiro de custeio, que será instituído e pago pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento dessas ações junto às unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de custeio de que trata o "caput" será instituído e regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde e repassado em parcelas mensais e iguais pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 25. Para habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para os entes federativos responsáveis pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, o ente federativo interessado deverá atender às disposições do Anexo XVII, que redefine a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), e apresentar à CGSAJ/DAPES/SAS/MS os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

I - Plano Operativo elaborado conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; e (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, I)

II - Plano de Ação Anual elaborado conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, II)

§ 1º O Plano Operativo de que trata o inciso I do caput deverá ser encaminhado à CIB e, quando couber, à CIR para ciência, e aprovado pelo Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, antes de ser enviado à CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os documentos de que tratam este artigo deverão ser encaminhados à CGSAJ/DAPES/SAS/MS por meio físico, pelos correios. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Plano Operativo e o Plano de Ação Anual serão documentos orientadores para a execução das fases de implementação da PNAISARI, assim como para o repasse de recursos, monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 3º)

Art. 26. A CGSAJ/DAPES/SAS/MS avaliará se a documentação de que trata o art. 25, encaminhada pelo ente federativo interessado, está correta e atende as exigências da PNAISARI, podendo aprova-la ou não. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Aprovada a documentação de que trata o "caput", será publicado ato específico do Ministro de Estado da Saúde com a relação dos entes federativos contemplados, as unidades socioeducativas beneficiadas e os valores que serão repassados mensalmente para cada unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 27. O monitoramento e a avaliação da implementação da PNAISARI serão realizados por meio de sistemas de informação oficiais da saúde e do Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" serão realizados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25, Parágrafo Único)

Art. 28. O monitoramento e avaliação da implantação e implementação da PNAISARI serão realizados pelo controle das equipes de saúde de referência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pelo acompanhamento do Plano de Ação Anual e visitas técnicas "in loco", além de outros instrumentos que serão construídos pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º)

§ 1º O repasse do incentivo financeiro de custeio será suspenso nos casos em for constatada equipe de referência incompleta, pela ausência de profissional médico, enfermeiro, cirurgião dentista e/ou de saúde mental, por período superior a 60 (sessenta) dias. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O repasse do incentivo financeiro de custeio também será suspenso caso sejam constatadas outras irregularidades na implantação e implementação da PNAISARI, a critério da CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A suspensão de que trata os §§ 1º e 2º será mantida até a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 3º)

Art. 29. O monitoramento da implantação e implementação da PNAISARI não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 6º)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO V)

Art. 30. Os casos não previstos neste Anexo, relativos à atenção à saúde em favor dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, serão analisados pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 26)

Art. 31. As ações de saúde previstas neste Anexo serão integrados aos Planos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, observada a legislação local específica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 27)

ANEXO 1 DO ANEXO XVII
Atribuições das Equipes de Referência em Saúde e Responsabilidades Setoriais Interfederativas (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 1)

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA EM SAÚDE E RESPONDABILIDADES SETORIAIS INTERFEDERATIVAS

1. Atribuições das equipes de referência em saúde

As equipes de referência em saúde preconizadas nesta Portaria integram a organização da Atenção Básica no SUS. Além de cumprir os princípios constitucionais e legais, a opção decorre do fato de que as Equipes de Atenção Básica detêm responsabilidade sanitária pela população residente nas unidades socioeducativas do seu território adstrito.

As equipes de referência devem seguir as atribuições indicadas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011).

Nesse sentido, ainda que haja equipe de saúde lotada e atuando somente dentro da unidade socioeducativa, é de fundamental importância que se garanta uma referência na rede de atenção à saúde pública externa a fim de garantir, mesmo de forma complementar, a realização de ações coletivas de promoção e de educação em saúde na lógica do SUS.

Essa estratégia favorece a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade e atende aos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente de incompletude institucional e reinserção social dos adolescentes em situação de privação de liberdade.

O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes deve fazer parte do Plano Individual de Atendimento (PIA), que deve ser acompanhado e avaliado periodicamente pela equipe multidisciplinar que os acompanha.

Ao compor o PIA, dados relativos às ações e avaliações em saúde desenvolvidas ou matriciadas pela equipe responsável também serão a base para os relatórios encaminhados ao juiz de execuções, bem como as suas modificações, que subsidiarão as decisões judiciais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

É importante, ainda, que a equipe de referência em saúde acompanhe a implementação das proposições do SINASE, que afetam direta e indiretamente a qualidade de vida e a produção de saúde da população.

1.1 Das atribuições específicas e do processo de trabalho dos profissionais de Saúde Mental

Os profissionais de saúde mental que integrarão as equipes de saúde de referência para o socioeducativo têm papel estratégico na garantia da produção de saúde dos adolescentes dessas instituições.

A inclusão de profissionais de saúde mental para atuarem junto às equipes de saúde se justifica em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização, da necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e da demanda de acompanhamento psicossocial, conforme indicação dada pelos arts. 60 e 64 da Lei nº 12.594, de 18/01/2012.

Sabe-se que nos contextos de privação de liberdade é comum a existência de problemas que afetam a saúde mental em diversas ordens, inclusive com relação ao uso de álcool e outras drogas. É importante esclarecer que isso não implica necessariamente na ocorrência de transtornos mentais, mas de um sofrimento psíquico que pode ser mais ou menos intenso em virtude da própria privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros.

As tecnologias desenvolvidas no campo da saúde mental podem contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas. As chamadas "tecnologias leves" referem-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico.

Toda a lógica de trabalho dos profissionais de saúde mental integrantes das equipes responsáveis pelas ações de saúde elencadas nestas diretrizes é baseada na estratégia do matriciamento. Isso significa que esses profissionais não têm como prioridade o atendimento individual, ambulatorial, nem mesmo a realização de avaliações demandadas pelo Judiciário. Seu papel principal é o matriciamento das ações de saúde mental junto às equipes da saúde e do socioeducativo.

Por matriciamento entende-se: i) discussão de casos clínicos; ii) participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; iii) atendimento psicossocial conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; iv) colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; v) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; vi) realização de visitas domiciliares conjuntas.

São atribuições dos profissionais de saúde mental e da equipe de saúde:

1) Realização de análise da situação de saúde mental da população socioeducativa para o planejamento das intervenções;

2) Articulação das redes de saúde e intersetorial disponíveis no território para atenção à saúde mental dos adolescentes;

3) Avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento dos casos que dela necessitem na Rede de Atenção à Saúde;

4) Elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, em conjunto com a equipe de saúde responsável e a equipe do socioeducativo, a partir das demandas mais prevalentes;

5) Desenvolvimento de ações e articulação com a rede para atenção à saúde e cuidados com as equipes que atendem às unidades socioeducativas;

6) Fomento a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no sistema socioeducativo;

7) Incentivo a intervenções e discussões sobre a dinâmica institucional para a produção de saúde mental no sistema socioeducativo;

8) Contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

9) Provisão de subsídios para o Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente;

10) Promoção do seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes após o cumprimento da medida socioeducativa.

ANEXO 2 DO ANEXO XVII

Plano Operativo (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 2)

PLANO OPERATIVO

O Plano Operativo tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, média e alta complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória. Descreve as atribuições e compromissos entre as esferas municipal e estadual de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes.

O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. Tem prazo de 4 (quatro) anos, devendo, ao final deste período ser reapresentado nas instâncias previstas no art. 16, III desta Portaria. Posto isso, deve conter:

1. Apresentação

- Contextualização dos sistemas socioeducativo e de saúde para atenção a adolescentes e jovens no Município/Estado;

- Deve conter a média anual de adolescentes internados por unidade socioeducativa do Município/Estado;

- Indicação do Grupo de Trabalho intersetorial responsável pela elaboração do Plano Operativo.

2. Diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade

- Informações gerais sobre as condições de saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade socioeducativa, com indicação dos principais agravos encontrados;

- Diagnóstico sobre as condições sanitárias, de saneamento e outras estruturais que afetam a salubridade na unidade socioeducativa;

- Informações sobre a organização do serviço de saúde, no âmbito físico, de processos e procedimentos com descrição dos ambientes disponíveis na Unidade socioeducativa, se houver.

3. Coordenação das Ações de Saúde:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Descrição de como as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, em parceria com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo, irão coordenar o processo de implantação das diretrizes e de como pretendem gerir o Plano Operativo, com explicitação de competências e atribuições.

4. Equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde em cada unidade socioeducativa:

- Informações sobre a Rede de Atenção á Saúde disponível no território;

- Indicação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente à equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família, com Equipe de Saúde Bucal, de referência em saúde para cada unidade socioeducativa do município;

- Para o caso da equipe responsável ser do socioeducativo (atuação dentro das unidades): informações sobre a composição, carga horária e órgão responsável pelo contrato da equipe de saúde responsável pelo desenvolvimento do Plano de Ação nas unidades socioeducativas do município;

- Indicação do(s) profissional(is) de Saúde Mental que comporá(ão) a equipe de saúde de referência, com a(s) respectiva(s) carga horária.

- Indicação dos números do CNES referentes à unidade socioeducativa que possuir estabelecimento de saúde (código 109).

- Indicação do número atual de profissionais de saúde existentes em cada unidade socioeducativa.

5. Fluxo e contrafluxo do cuidado com adolescentes nos pontos de atenção à saúde

- Indicação dos serviços de Atenção Básica, média e alta complexidade que serão referências para a atenção integral aos adolescentes de cada unidade socioeducativa, respeitadas as pactuações de articulação e conectividade da Rede de Atenção à Saúde;

- Indicação da organização de fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

- Indicação de fluxos e compromissos intersetoriais para atenção à saúde mental de adolescentes;

- Quando necessário, podem ser considerados os serviços de saúde de referência da Região de Saúde pactuada por estados e municípios.

6. Assistência Farmacêutica e Insumos

- Estabelecimento dos fluxos de abastecimento de medicamentos e insumos destinados à atenção à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade. Programação para recebimento dos materiais;

- Indicação de responsabilidades e compromissos entre as esferas federativas para o suprimento das necessidades farmacêuticas;

- Fluxo para dispensação e administração de medicamentos.

7. Parcerias governamentais e não-governamentais previstas:

Apresentação das parcerias já existentes e as necessárias/fundamentais para a atenção à saúde integral de adolescentes em situação de privação de liberdade constantes no Plano de Ação, com as respectivas atribuições acordadas.

8. Financiamento:

Explicitação das participações de cada uma das Secretarias envolvidas e de outras instituições parceiras no financiamento para a realização do Plano de Ação e implementação das diretrizes:

9. Acompanhamento e Avaliação do Plano Operativo

- Descrição de como a Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, bem como as secretarias gestoras do sistema socioeducativo - por meio do grupo gestor - farão o acompanhamento e avaliação da atenção à saúde dos adolescentes;

- Indicação dos responsáveis pela coleta de informações e envio de dados consolidados, de acordo com o monitoramento proposto;

- Indicação de como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos de Saúde acompanharão a implementação do Plano Operativo.

ANEXO 3 DO ANEXO XVII

Plano de Ação (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 3)

PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação Anual deve conter os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação e internação provisória. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa.

Cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade deve elaborar e desenvolver um Plano de Ação anual.

O planejamento anual deve ter a participação, sempre que possível, das equipes responsáveis pela atenção à saúde dos adolescentes. Modelo de Plano de Ação

I) Identificação do Município;

II) Identificação das Unidades Socioeducativas (USE):

a) nome das USE;

b) média de adolescentes atendidos no último ano

c) Indicação das equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde (equipe de atenção básica - incluindo os profissionais de saúde mental - e equipe de saúde da USE, quando houver) em cada USE do município, com o respectivo número do CNES;

III) Indicação dos principais agravos de saúde dos adolescentes no ano anterior: diagnóstico situacional de saúde;

IV) Indicação das ações a serem desenvolvidas em todas as unidades:

Linhas de Ação	Ação	Meta	Responsável

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A)	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial		
B)	Saúde Sexual e Saúde Reprodutivos		
C)	Saúde bucal		
D)	Saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas		
E)	Prevenção e Controle de agravos		
F)	Educação em Saúde		
G)	Direitos Humanos, Promoção da Cultura de Paz, prevenção de violências e assistência a vítimas		

V - Assinatura pelo gestor municipal/estadual de saúde e gestor do sistema socioeducativo

ANEXO XVIII

Regulamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014 (Origem: PRT MS/GM 482/2014)

Art. 1º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, observará o disposto neste Anexo.

CAPÍTULO I

DAS NORMAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP) NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 2º Ficam instituídas as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 1º)

Parágrafo único. As normas de que dispõe o caput serão observadas para a implementação de equipes e serviços de saúde credenciados pelo Ministério da Saúde, não implicando a vedação da atuação de profissionais de saúde e/ou equipes de saúde, não vinculados à PNAISP, sob a responsabilidade da gestão Municipal e/ou Estadual, conforme arranjo local. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

Art. 3º Os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais serão conformados de acordo com a população prisional e o funcionamento dos serviços, classificando-se em 3 (três) faixas: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º)

~~**I -** unidades prisionais que contenham até 100 (cem) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 6 (seis) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, I)~~

~~**II -** unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 500 (quinhentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 20 (vinte) horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, II)~~

~~**III -** unidades prisionais que contenham de 501 (quinhentos e um) a 1200 (um mil e duzentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 30 (trinta) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, III)~~

~~**Parágrafo Único.** Os serviços de saúde no sistema prisional observarão as normas sanitárias e de arquitetura penal vigentes. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)~~

I - unidades prisionais que contenham até 300 (trezentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 6 (seis) horas semanais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 1.700 (mil e setecentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 20 (vinte) horas semanais; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

III - unidades prisionais que contenham de 1.201 (mil duzentos e um) a 2.700 (dois mil e setecentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 30 (trinta) horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

Parágrafo único. Os serviços de saúde no sistema prisional observarão as normas sanitárias e de arquitetura penal vigentes. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~**Art. 4º** Os serviços de saúde de que trata o art. 3º serão prestados por equipes multiprofissionais, denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), constituídas nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º)~~

~~**I -** para unidades com até 100 (cem) custodiados: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I)~~

~~**a)** Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I, a)~~

~~**b)** Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I, b)~~

~~**II -** para unidades que mantêm entre 101 (cento e um) até 500 (quinhentos) custodiados: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II)~~

~~**a)** Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II, a)~~

~~**b)** Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II, b)~~

~~**III -** para unidades que mantêm entre 501 (quinhentos e um) até 1200 (um mil e duzentos) custodiados: Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, III)~~

~~**§ 1º** A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I terá composição mínima de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º)~~

~~**I -** 1 (um) cirurgião-dentista; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, I)~~

~~**II -** 1 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, II)~~

~~**III -** 1 (um) médico; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, III)~~

~~**IV -** 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, IV)~~

~~**V -** 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, V)~~

~~**§ 2º** A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental terá a composição definida no § 1º deste artigo, acrescida no mínimo de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º)~~

~~**I -** 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, I)~~

~~**II -** 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, d)

e) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, e)

f) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, f)

§ 3º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II terá composição mínima de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º)

I - 1 (um) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, I)

II - 1 (um) cirurgião-dentista; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, II)

III - 1 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, III)

IV - 1 (um) médico; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, IV)

V - 1 (um) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, V)

VI - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, d)

e) nutrição; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, e)

f) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, f)

g) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, g)

§ 4º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental terá a composição definida no § 3º deste artigo, acrescida no mínimo de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º)

I - 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, I)

II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, d)

e) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, e)

f) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, f)

§ 5º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III terá a mesma composição da Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, definida no §4º deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 5º)

§ 6º A classificação dos serviços de saúde previstos no art. 3º, para cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), será consignada em ato específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 6º)

§ 7º Os profissionais das ESP serão cadastrados no SCNES com as seguintes cargas horárias: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º)

I - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo I e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental, cada profissional cumprirá 6 (seis) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, I)

II - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo II e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, II)

III - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo III, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, III)

§ 8º Para serviço de saúde que referencie população acima de 1200 (um mil e duzentos) custodiados, a Equipe de Saúde no Sistema Prisional Tipo III será acrescida de profissionais de acordo com o incremento do número de custodiados, observando-se os critérios do art. 3º e a composição apresentada no Anexo 2 do Anexo XVIII . (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 8º)

§ 9º Os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município em que estiver localizado o estabelecimento prisional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 9º)

§ 10. Poderão ser alocados profissionais da rede local do SUS para a composição de Serviços e das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), desde que devidamente cadastrados no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 10)

§ 11. Para a constituição de serviços de saúde que referenciem unidades prisionais com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade, a gestão e a assistência à saúde serão preferencialmente dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 11)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 4º Os serviços de saúde de que trata o art. 3º serão prestados por equipes multiprofissionais, denominadas equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), constituídas nos seguintes termos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - Equipe de Atenção Primária Prisional com carga horária compartilhada com equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Saúde Bucal (eSB) do território, com composição mínima de: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

a) 1 (um) médico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

b) 1 (um) enfermeiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

c) 1 (um) cirurgião dentista; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

d) 1 (um) técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

e) 1 (um) técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - Equipe de Atenção Primária Prisional Essencial, com composição mínima de: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

a) 1 (um) médico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

b) 1 (um) enfermeiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

c) 1 (um) cirurgião dentista; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

d) 1 (um) técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

III - Equipe de Atenção Primária Prisional Ampliada, com a composição mínima de: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

a) 1 (um) médico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

b) 1 (um) enfermeiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

c) 1 (um) cirurgião dentista; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

d) 1 (um) técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

e) 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

1 - Enfermeiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

2 - Médico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

3 - Psicólogo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

4 - Assistente Social; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

5 - Farmacêutico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

6 - Nutricionista; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

7 - Fisioterapeuta; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

8 - Terapeuta Ocupacional; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

IV - Equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, com composição mínima de: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

a) 1 (um) médico psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

b) 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

1 - Psicólogo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

2 - Assistente social; ou (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

c) 1 (um) enfermeiro; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

d) 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

1 - Psicólogo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

2 - Assistente social; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

V - Profissional complementar de saúde bucal da equipe de Atenção Primária Prisional Essencial ou Ampliada: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

a) 1 (um) técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 1º Para unidades com população prisional de até 300 (trezentos) custodiados poderá ser credenciada eAPP, com carga horária mínima de 6 (seis) horas semanais, sob responsabilidade do município, implantada a partir de compartilhamento de carga horária cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com equipe de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal do território. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 2º Para unidades com população prisional entre 101 (cento e um) e 1.700 (mil e setecentos) custodiados poderá ser credenciada eAPP Essencial ou Ampliada, com carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, sob responsabilidade do estado ou do município. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 3º Em complementação à eAPP Essencial ou Ampliada com carga horária de 20 (vinte) horas semanais poderá ser credenciada no mesmo CNES: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

I - uma equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, nas modalidades de 20 (vinte) horas semanais ou 30 (trinta) horas semanais; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - um profissional complementar de saúde bucal, na modalidade 20 (vinte) horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 4º Para unidades com população prisional entre 1.201 (mil duzentos e um) e 2.700 (dois mil e setecentos) custodiados poderá ser credenciada eAPP Essencial ou Ampliada, com carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, sob responsabilidade do estado ou do município. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 5º Em complementação à eAPP Essencial ou Ampliada com carga horária de 30 (trinta) horas semanais poderá ser credenciada no mesmo CNES: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - uma equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, nas modalidades de 20 (vinte) horas semanais ou 30 (trinta) horas semanais; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - um profissional complementar de saúde bucal, na modalidade 30 (trinta) horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 6º Os profissionais das eAPP serão cadastrados no SCNES com as seguintes cargas horárias: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - as eAPP formadas a partir do compartilhamento de carga horária com equipe de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal do território, cada profissional cumprirá no mínimo 6 horas semanais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - as eAP Essencial ou Ampliada, equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional e profissional complementar de saúde bucal, na modalidade de 20 horas semanais, cada categoria profissional cumprirá carga horária de no mínimo 20 horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir as horas de atuação de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 horas semanais; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

III - as eAPP Essencial ou Ampliada, equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional e profissional complementar de saúde bucal, na modalidade de 30 horas semanais, cada categoria profissional cumprirá carga horária de no mínimo 30 horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir as horas de atuação de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 7º Para serviços de saúde que atendam população acima de 2.700 (dois mil e setecentas) pessoas privadas de liberdade, fica a critério do gestor de saúde a solicitação de credenciamento de mais de uma eAPP Essencial ou Ampliada, nas modalidades de 20 ou 30 horas semanais, desde que não extrapole os parâmetros de cobertura previstos para cada carga horária de equipe. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 8º Para serviços de saúde que atendam complexos penitenciários, cada eAPP Essencial ou Ampliada poderá atender pessoas privadas de liberdade em mais de uma unidade prisional do complexo, desde que não extrapole os parâmetros de cobertura previstos para cada carga horária de equipe. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 9º Os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município em que estiver localizado o estabelecimento prisional. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 10. Poderão ser alocados profissionais da rede local do SUS para a composição de serviços e das equipes descritas nesta Portaria, desde que devidamente cadastrados no SCNES. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 11. É permitido, para unidades com menos de 100 (cem) custodiados que assistam preferencialmente pessoas com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança, o credenciamento de eAPP Essencial ou Ampliada na modalidade de 20 (vinte) horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 12. Em unidades com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade que assistam preferencialmente pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, é recomendada a habilitação de Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II ou Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com saúde mental, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 12)

~~**Art. 5º** Uma vez aprovada a documentação apresentada, o Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico de habilitação com indicação do serviço de saúde e a(s) unidade(s) prisional(is) referenciada(s) do ente federativo apto ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal e o respectivo valor contemplado, segundo os parâmetros fixados nos Anexos VI, VII e VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 6º)~~

Art. 5º O credenciamento das eAPP se dará mediante solicitação do gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal de saúde ao Ministério da Saúde, por meio de sistema eletrônico específico. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 1º A solicitação do gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal de saúde deverá apresentar as seguintes informações: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - para eAPP com carga horária compartilhada com eSF e eSB do território, o gestor deverá especificar a tipologia da equipe e a unidade prisional de atuação; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - para eAPP Essencial ou Ampliada, o gestor deverá especificar a tipologia da equipe, a modalidade de carga horária, a presença ou não de profissional complementar de saúde bucal e a unidade prisional de atuação; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

III - para equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, o gestor poderá solicitar credenciamento caso já exista uma eAPP Essencial ou Ampliada no mesmo CNES, ou concomitantemente à solicitação de credenciamento de uma nova eAPP Essencial ou Ampliada no mesmo CNES, e deverá, ainda, especificar a modalidade de carga horária e a unidade prisional de atuação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 2º O gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal de saúde deverá dar ciência ao Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite da solicitação de credenciamento ao Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 3º A comunicação de que dispõe o § 2º deve ser informada ao Ministério da Saúde no momento da solicitação de trata o caput, por meio de sistema eletrônico específico. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 4º O Ministério da Saúde realizará análise do pleito de acordo com critérios técnicos e disponibilidade orçamentária. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 5º O gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal de saúde deverá acompanhar a situação da solicitação de credenciamento no sistema de informação e realizar adequações quando necessário, de acordo com os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

§ 6º Após a publicação de portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão estadual, distrital ou municipal de saúde deverá cadastrar a equipe no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), no prazo de 6 (seis) competências, a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da equipe caso esse prazo não seja cumprido. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 7º Após o cadastro da equipe no SCNES, será publicada, no Diário Oficial da União, portaria de homologação contendo os dados do estabelecimento e o número Identificador Nacional de Equipe (INE) gerado a partir da inserção no sistema. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 8º A forma de contratação das equipes é de decisão do gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal de saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~**Art. 6º** O monitoramento e a avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas pelas ESP dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 8º)~~

~~**Parágrafo Único.** O registro dos procedimentos das ações de saúde dos serviços será realizado no sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), quando estiver aderido/implantado nos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)~~

Art. 6º As equipes credenciadas poderão alterar a tipologia de equipes e sua carga horária, por meio de solicitação em sistema eletrônico específico, mediante a apresentação das seguintes informações: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - para eAPP Essencial ou Ampliada, o gestor deverá especificar o CNES, INE, unidade prisional, a tipologia almejada (Essencial ou Ampliada), a modalidade de carga horária desejada e a presença ou não de profissional complementar de saúde bucal; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - para equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, o gestor deverá especificar o CNES, INE, unidade prisional e carga horária desejada. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 1º A análise da alteração de que trata o caput será realizada pelo Ministério da Saúde de acordo com critérios técnicos e disponibilidade orçamentária. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 2º O gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal de saúde deverá dar ciência ao Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite da solicitação de alteração da equipe ao Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 3º A comunicação de que dispõe o §2º deve ser informada ao Ministério da Saúde no momento da solicitação de trata o caput, por meio de sistema eletrônico específico. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 4º Após a publicação de portaria de credenciamento no Diário Oficial da União, a gestão municipal, estadual ou do Distrito Federal deverá adequar o tipo de equipe conforme a nova modalidade no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), no prazo máximo de 2 (duas) competências do SCNES a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de suspensão do recurso até a regularização da situação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~**Art. 7º** O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima nos casos em que for constatada, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta e/ou da auditoria do Ministério da Saúde ou do Ministério da Justiça e Segurança Pública ou da Secretaria Estadual de Saúde ou da Secretaria Estadual de Justiça, ou órgão congênere, ou ainda dos órgãos de controle competentes ou órgãos de fiscalização e monitoramento no âmbito da justiça criminal, qualquer uma das seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º)~~

Art. 7º As equipes credenciadas deverão permanecer adequadamente cadastradas no SCNES para efeitos da transferência do incentivo financeiro federal. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - ausência, por um período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no art. 4º; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, I)

II - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, II)

III - ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da Saúde, por 90 (noventa) dias consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, III)

§ 1º A suspensão será mantida até que o gestor de saúde responsável informe ao Ministério da Saúde a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O gestor de saúde terá prazo máximo de 90 (noventa) dias consecutivos, após recebimento de notificação pela SAS/MS, para demonstrar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput". (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, o Ministério da Saúde, após verificar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput", providenciará o restabelecimento do repasse dos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 3º)

§ 4º Caso não demonstrada pelo gestor de saúde a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput", o Ministério da Saúde providenciará a desabilitação do serviço, por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 4º)

§ 5º O gestor de saúde poderá solicitar nova habilitação, a qualquer tempo, do serviço desabilitado, desde que cumpridas as exigências constantes nas normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 5º)

~~**Art. 8º** O monitoramento de que tratam as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 13)~~

Art. 8º O estado, município ou Distrito Federal poderá solicitar, a qualquer tempo, descredenciamento da eAPP, por meio de ofício ao Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

Parágrafo único. O gestor de saúde poderá solicitar novo credenciamento, a qualquer tempo, do serviço descredenciado, desde que cumpridas as exigências estabelecidas no Capítulo I do Anexo XVIII desta Portaria. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS EM SAÚDE PRISIONAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 9º Fica instituído o Comitê de Especialistas em Saúde Prisional, de caráter consultivo, com a finalidade de assessorar as ações de saúde prisional. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 1º)

Art. 10. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional será composto por membros que representam os segmentos do poder público, da comunidade científica e da sociedade, oriundos de instituições públicas e privadas envolvidas em atividades de pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º)

§ 1º Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes ao Comitê, sendo que, na eventualidade de existência de conflito de interesses, os mesmos deverão abster-se de participar da discussão e deliberação sobre o tema. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê de Especialistas em Saúde Prisional terão mandato de 2 (dois) anos consecutivos, sendo que 1/3 (um terço) do total dos membros poderá ser reconduzido a mais um mandato. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A participação no Comitê de Especialistas em Saúde Prisional é considerada atividade de relevante interesse para o Ministério da Saúde e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 11. Compete ao Comitê de Especialistas em Saúde Prisional: (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º)

I - contribuir na formulação da política nacional de desenvolvimento científico e tecnológico, abrangendo o desenvolvimento de vacinas, microbicidas, medicamentos, insumos de prevenção, diagnóstico e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, I)

II - assessorar a Área de Saúde Prisional no acompanhamento, formulação, implementação e avaliação da sua agenda nacional de pesquisa, bem como nas estratégias de projetos específicos para o desenvolvimento tecnológico, de saúde mental, social, de educação para a saúde e de direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, II)

III - estimular a adequada incorporação dos resultados das pesquisas ao processo de tomada de decisão pelos diferentes níveis de governo, promovendo a melhoria da oferta e da qualidade dos serviços de saúde prisional, da reinserção social e dos direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, III)

IV - analisar e acompanhar projetos de pesquisa em áreas prioritárias e contribuir para a expansão da pesquisa nacional, a proteção aos direitos de propriedade intelectual e o respeito aos princípios éticos nos projetos submetidos à sua apreciação; e (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, IV)

V - contribuir para o fortalecimento da ética na pesquisa em estabelecimentos prisionais, conforme estabelecido em instrumentos normativos do Conselho Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, V)

Art. 12. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional será coordenado pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégias da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS) com o apoio do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e Segurança Pública (DEPEN/MJ), que terá as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º)

I - coordenar as reuniões do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, I)

II - indicar um técnico da área para desenvolver atividades necessárias ao funcionamento do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, II)

III - encaminhar atas e relatórios para apreciação do Secretário de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, III)

IV - submeter à apreciação Departamento de Ações Programáticas Estratégias/SAS/MS as recomendações oriundas das reuniões ordinárias e extraordinárias. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, IV)

Art. 13. Os membros do Comitê de Especialistas em Saúde Prisional serão designados por portaria específica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 5º)

Art. 14. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional reunir-se-á ordinariamente ou extraordinariamente, quando convocado pelo seu coordenador, com cronograma pactuado previamente entre os membros. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º)

§ 1º Os membros poderão deixar de integrá-lo a qualquer tempo a pedido do membro integrante ou a critério dos demais membros, mediante formalização da solicitação de desligamento feita pelo Coordenador do comitê ao DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional terá seu trabalho normatizado por Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º, § 2º)

Art. 15. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas em local a ser definido por decisão do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 7º)

CAPÍTULO III

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 16. Fica instituído no âmbito do SUS, o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 1º O serviço referido no "caput" é parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º, § 1º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 2º O serviço referido no "caput" é composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º, § 2º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 17. É considerada beneficiária do serviço consignado neste Capítulo a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 2º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 18. O Grupo Condutor Estadual, consignado na Portaria Interministerial nº 1/MS-MJ, de 2 de janeiro de 2014 que institui a PNAISP, deverá elaborar uma estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

com a Lei, e contribuir para a sua implementação. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 3º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Parágrafo Único. Para a elaboração e implementação da estratégia estadual referida no "caput" desse artigo o Grupo Condutor Estadual deverá constituir comissão de trabalho específica podendo contar com a participação de representantes do Tribunal de Justiça, do Ministério Público Estadual, da Defensoria Pública Estadual, da Secretaria Estadual de Assistência Social ou congênere, de instâncias de controle social, em âmbito estadual, sendo preferencialmente dos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Políticas Sobre Drogas ou congênere e de Direitos Humanos ou congênere. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 3º, Parágrafo Único) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 19. A EAP tem por objetivo apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

I - realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei nº 10.216, de 2001, e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS); (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

II - identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

III - estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

IV - contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, IV) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

V - acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, V) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

VI - apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, VI) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

VII - contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, VII) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 1º Os procedimentos da EAP terão, preferencialmente, caráter de agendamento regulado e serão requisitados: pela Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local; pela equipe de saúde no sistema prisional (ESP); por determinação judicial; por requerimento apresentado pelo Ministério Público ou representante da pessoa beneficiária; por iniciativa dos serviços de referência para realização do PTS ou da própria EAP, desde que previamente acordado com as instâncias responsáveis pela custódia e/ou pela medida terapêutica destinada à pessoa a ser avaliada/acompanhada e com a devida comunicação à Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 1º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 2º As avaliações decorrentes dos incidentes de insanidade mental deverão respeitar o caráter de urgência e as singularidades de cada caso, não podendo exceder a 30 (trinta) dias, a contar da data da sua instauração pelo judiciário. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 2º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 3º Recomenda-se que o PTS seja elaborado pelo serviço de referência da rede, contando com subsídios da EAP, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de corresponsabilização no cuidado e o estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 3º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 4º A EAP realizará um trabalho integrado com a área de atenção psicossocial da respectiva gestão e poderá articular-se com os Grupos de Monitoramento, e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs), no âmbito dos Tribunais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal, para identificação de pessoas com transtorno mental, em unidades de custódia, potencialmente destinatários de medidas terapêuticas, conhecimento dos aspectos jurídico-administrativos dos processos, para melhor integração das práticas inerentes à justiça criminal e à PNAISP e direcionamento de formas de atenção segundo as premissas consignadas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 4º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 5º O encaminhamento do beneficiário ao serviço de referência, na RAS, observará o caráter de agendamento regulado, podendo ser também realizado emergencialmente, de acordo com necessidade definida pela EAP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 5º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 20. O serviço, com carga horária semanal mínima de 30 (trinta) horas, deve ser constituído por equipe interdisciplinar, composta por 5 (cinco) profissionais, e com as seguintes formações em nível superior: 1 (um) Enfermeiro; 1 (um) Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental; 1 (um) Psicólogo ; 1 (um) Assistente Social ; e 1 (um) profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, preferencialmente Educação, Terapia Ocupacional ou Sociologia. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 5º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 21. A coordenação do serviço disposta neste Capítulo é de responsabilidade do gestor estadual da saúde, podendo haver pactuações especificas nas instâncias colegiadas. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 6º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 22. O cadastramento do serviço consignado neste Capítulo e respectivos profissionais será realizado por meio do SCNES. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 7º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Parágrafo Único. A classificação desse serviço, para cadastramento no CNES, será estabelecida em norma própria. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 7º, Parágrafo Único) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 23. Cabe ao gestor responsável pelo serviço ora disposto definir as condições de ambiência e organizacionais para que a EAP realize suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 8º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 24. Para habilitação do serviço disposto neste Capítulo, a unidade federativa proponente deve observar os seguintes critérios básicos: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

I - apresentar Termo de Adesão, de acordo com o modelo constante no Anexo 3 do Anexo XVIII ; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

II - apresentar Plano de Ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, conforme modelo constante no Anexo 4 do Anexo XVIII ; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

III - cadastrar o serviço e a equipe no CNES. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 1º O serviço poderá ser constituído em unidades federativas qualificadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) ou à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, § 1º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 2º O Estado ou Distrito Federal terá um prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da habilitação do seu primeiro serviço, para apresentação do Plano de Ação para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, § 2º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 25. A habilitação do serviço consignado neste Capítulo será promovida pelo Ministério da Saúde, com a publicação de portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 10) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 26. Os procedimentos referentes ao serviço disposto nesta norma serão incluídos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e serão objeto de Portaria específica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 12) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 27. O monitoramento e avaliação do serviço disposto nesta norma dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 13) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 28. Para implantação e funcionamento do serviço disposto neste Capítulo, compete: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, orientar o processo de planejamento e implantação do serviço e da estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, bem como financiar, monitorar e avaliar cada serviço constituído; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

II - ao estado ou Distrito Federal, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, propor a estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, fomentar e apoiar o funcionamento do Grupo Condutor da PNAISP, cofinanciar, gerir, monitorar e avaliar o serviço, bem como articular à RAS, do SUAS e demais programas de direitos de cidadania; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

III - ao município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, propiciar a realização do projeto terapêutico singular endereçado ao seu território, articulando os dispositivos das redes de atenção à saúde sob sua gestão, da assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania sob sua responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

~~**ANEXO 1 DO ANEXO XVIII**~~

~~Modelo de termo de habilitação dos serviços e equipes em saúde no sistem prisional (ESP) (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 4)~~

(Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~MODELO DE TERMO DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS E EQUIPES EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL (ESP)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~MINISTÉRIO DA SAÚDE~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~MODELO DE TERMO DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS E EQUIPES EM SAÚDE NO SISTEM PRISIONAL (ESP)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~A Secretaria Estadual de Saúde de _____, CNPJ_____, a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (ou congênere) de _____, CNPJ_____, e a Secretaria Municipal de Saúde de _____, CNPJ_____, (quando for o caso) solicitam habilitação do serviço para atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional, caracterizado a seguir:~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~a) População privada de liberdade referenciada pelo serviço:~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~NOME DA UNIDADE DE CUSTÓDIA/ENDEREÇO~~	~~PROVISÓRIOS~~		~~CONDENADOS A PENA DE PRISÃO~~		~~MEDIDAS DE SEGURANÇA~~		~~TOTAL~~	
	~~Masc.~~	~~Fem.~~	~~Masc.~~	~~Fem.~~	~~Masc.~~	~~Fem.~~	~~Masc.~~	~~Fem.~~
~~TOTAL~~								

~~b) Quantidade de Recursos Humanos disponíveis por unidade de saúde prisional referenciada: Nome da Unidade de Custódia :~~ _____

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

~~ÁREA DE ATUAÇÃO~~	~~TOTAL~~
~~Médico~~	
~~Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental~~	
~~Cirurgião Dentista~~	
~~Assistente Social~~	
~~Psicólogo~~	
~~Enfermeiro~~	
~~Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem~~	
~~Técnico de Higiene Bucal/Auxiliar de Saúde Bucal~~	
~~Outros Profissionais de Nível superior (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico ou Enfermeiro)~~	
~~Demais trabalhadores em serviços penais/ segurança pública que atuam na(s) unidade(s) referenciada(s)~~	

(Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~Quando for o caso, acrescentar quadros referentes às outras unidades prisionais referenciadas pelo serviço a ser habilitado.~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~_____,___de _____ de 20__. (Local e data)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~Secretaria Estadual de Saúde~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~Secretaria de Administração Penitenciária (ou assemelhado)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~Secretaria Municipal de Saúde (quando for o caso)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~ANEXO 2 DO ANEXO XVIII~~

~~Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 5)~~

(Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~População referenciada por um serviço~~	~~Quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo~~		
	~~I~~	~~II~~	~~III~~
~~1-100~~	~~1~~	~~0~~	~~0~~
~~101-500~~	~~0~~	~~1~~	~~0~~
~~501-1200~~	~~0~~	~~0~~	~~1~~
~~1201-1300~~	~~1~~	~~0~~	~~1~~
~~1301-1700~~	~~0~~	~~1~~	~~1~~
~~1701-2400~~	~~0~~	~~0~~	~~2~~
~~2401-2500~~	~~1~~	~~0~~	~~2~~
~~2501-2900~~	~~0~~	~~1~~	~~2~~
~~2901-3600~~	~~0~~	~~0~~	~~3~~
~~3601-3700~~	~~1~~	~~0~~	~~3~~
~~3701-4100~~	~~0~~	~~1~~	~~3~~
~~4101-4800~~	~~0~~	~~1~~	~~4~~
~~4801-4900~~	~~1~~	~~0~~	~~4~~
~~4901-5300~~	~~0~~	~~1~~	~~4~~
~~5301-6000~~	~~0~~	~~0~~	~~5~~
~~6001-6100~~	~~1~~	~~0~~	~~5~~
~~6101-6500~~	~~0~~	~~1~~	~~5~~
~~6501-7200~~	~~0~~	~~0~~	~~6~~
~~7201-7300~~	~~1~~	~~0~~	~~6~~
~~7301-7700~~	~~0~~	~~1~~	~~6~~
~~7701-8400~~	~~0~~	~~0~~	~~7~~
~~8401-8500~~	~~1~~	~~0~~	~~7~~
~~8501-8900~~	~~0~~	~~1~~	~~7~~
~~8901-9600~~	~~0~~	~~0~~	~~8~~

(Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

ANEXO 3 DO ANEXO XVIII

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Termo de adesão para implantação do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Anexo 1)

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

TERMO DE ADESÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

O Estado _____ (ou Distrito Federal), por meio da Secretaria Estadual de Saúde, CNPJ nº. _____ com sede _____ _____CEP _____, pessoa jurídica de direito público interno, firma o presente Termo de Adesão para implantação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), sob o Código CNES _____, ativado em ___/____/_____, localizado em _____, assumindo os encargos e responsabilidades previstos na Portaria nº de de 2014, garantindo a seguinte abrangência sócio-territorial: __ Estadual __ Município (os) - especificar _____ Secretaria de Estado da Saúde (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

ANEXO 4 DO ANEXO XVIII

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Plano de ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Anexo 2)

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

PLANO DE AÇÃO PARA ESTRATÉGIA PARA REDIRECIONAMENTO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

1.Problematização e contextualização - descrever, sinteticamente, a problemática pertinente ao sistema de justiça criminal e as pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, no estado ou Distrito Federal. (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

2.Caracterização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de assistência social e demais programas para garantia de direitos de cidadania, no estado ou Distrito Federal, e no território de abrangência de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei planejado. (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

3.Caracterização da comissão de trabalho específica instituída pelo Grupo Condutor Estadual consignado na Portaria nº de de 2014, conforme art. 3º desta portaria. (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

4.Os critérios de avaliação e acompanhamento levarão em consideração os seguintes indicadores: (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

INDICADOR (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)	RESULTADOS ESPERADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO			
	1º semestre	2º semestre	3º semestre	4º semestre
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei atendidas pela EAP em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência.				
Proporção de Projetos Terapêuticos Singulares acompanhados, em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência				
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança sob cuidados do SUS em meio aberto em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança no território de referência.				
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei que cumpriam medidas de segurança em unidades do sistema de justiça criminal, efetivamente desinternadas, em relação ao número total no território de referência.				
Proporção de pareceres produzidos e acatados pelo sistema de justiça, em relação ao número de incidentes de insanidade mental				
Definir outros indicadores, de acordo com as singularidades locais				

5. Caracterização de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei a ser constituído: (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

a) endereço principal; (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

b) Caracterização da infraestrutura alocada para funcionamento; e (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

c) Descrição da forma de organização e gestão. (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

6. Programação da aplicação dos recursos do Incentivo federal e formas de financiamento participativo pelo estado ou Distrito Federal; (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

7. Cronograma de ações gerais para o biênio. (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

ANEXO XIX

Aprova a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Origem: PRT MS/GM 992/2009)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo 1 do Anexo XIX . (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Art. 1º)

Art. 2º A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) articulará no âmbito do Ministério Saúde, junto às suas Secretarias e seus órgãos vinculados, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação desta Política. (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Art. 2º)

Art. 3º Fica instituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2629/2014, Art. 1º)

Art. 4º Fica aprovado o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), nos termos do Anexo 2 do Anexo XIX . (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIX

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Capítulo I

DOS PRINCÍPIOS GERAIS

1. Princípios Gerais

A Constituição de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 1988, art. 194).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1o, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4o, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5o, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (BRASIL, 1988, art. 3o, inc. IV).

Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, constantes da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso, compreendido como o "acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"; b) a integralidade da atenção, "entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema"; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7o, inc. I, II, IV IX).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da "participação da comunidade" (BRASIL, 1990a, art. 7o, inciso VIII) e principal objeto da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade (BRASIL, 1990b).

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei nº 10.678/03, que criou a SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem sócio-econômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006).

Cabe ainda destacar o fato de que esta Política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente.

2. Marca

Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Capítulo II

DAS DIRETRIZES GERAIS E OBJETIVOS

1. Diretrizes Gerais:

I - inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

II - ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;

III - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

IV - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V - implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e

VI - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

2. Objetivo Geral

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

3. Objetivos Específicos:

I - garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;

II - garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;

III - incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;

IV - identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

V - aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;

VI - melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII - identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

VIII - definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

IX - monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

X - incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

XI - monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatório; e

XII - fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

Capítulo III

DAS ESTRATÉGIAS E RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

1. Estratégias de Gestão(*):

I - implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão;

II - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locorregionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;

III - fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei;

IV - estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas;

V - fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;

VI - fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VII - qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios;

VIII - articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação;

IX - inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

X - incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar;

XI - implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, conforme a Portaria MS/GM no 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a);

XII - elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;

XIII - fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;

XIV - garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004b);

XV - articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b);

XVI - articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra;

XVII - apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos estados e municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social; e

XVIII - estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

* Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde.

2. Responsabilidades das Esferas de Gestão

2.1. Gestor Federal:

I - implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

III - garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual - PPA setorial;

IV - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

V - garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

VI - identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os estados, o Distrito Federal e os municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos;

VII - apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de instâncias de promoção de equidade em saúde da população negra no Distrito Federal, nos estados e nos municípios;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

X - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

XI - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XII - definição de ações intersetoriais e pluri-institucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde dessa população;

XIII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XIV - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XV - estabelecimento de parcerias governamentais e não- governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS;

XVI - estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho; e

XVII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.2 Gestor Estadual:

I - apoio à implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual;

IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual, em consonância com as realidades locais e regionais;

V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos;

VI - implantação e implementação de instância estadual de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII - apoio à implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde da população negra;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

X - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XI - apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XIII - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e

XIV - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.3 Gestor Municipal

I - implementação desta Política em âmbito municipal;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;

V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;

VI - implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;

X - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XI - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e

XIII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

ANEXO 2 DO ANEXO XIX

Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1)

Art. 1º Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) tem por finalidade assessorar tecnicamente o Ministério da Saúde dentro das seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º)

I - acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para negras e negros; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, Plano Plurianual, Plano Operativo, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - colaborar para a pactuação de propostas de intervenção com foco na promoção da equidade racial em saúde nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - participar do acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas do Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, V)

Art. 2º CTSPN é composto por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos, entidades e áreas de conhecimento: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I)

a) 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, a)

b) 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, b)

c) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, c)

d) 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, e)

f) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, f)

II - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do segmento de usuários e componente da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra (CISPN/CNS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República (SEPPIR/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Secretaria-Geral da Presidência da República (SG/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, IX)

X - 10 (dez) representantes do movimento social negro, atuantes no campo da saúde da população negra; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, X)

XI - 5 (cinco) representantes de especialistas, com conhe- cimento e atuação na área de saúde da população negra. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, XI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, de que tratam os incisos X e XI do "caput", serão indicados pela SGEP/MS, após resposta a convite a eles encaminhado pelo Secretário da SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A participação das entidades ou órgãos de que tratam os incisos IV, V, VII, VIII, IX, X e XI do "caput" será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pelo Secretário da SGEP/MS, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Os representantes suplentes substituirão os titulares em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 4º)

§ 5º O representante da SGEP/MS exercerá a coordenação do CTSPN. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 5º)

§ 6º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas do CTSPN determina a exclusão do membro e seu substituto, cabendo à SGEP/MS providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 6º)

§ 7º A composição do CTSPN será renovada a cada 2 (dois) anos com a possibilidade de uma recondução por igual período. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 7º)

§ 8º Os órgãos e entidades referidos de que trata o "caput" poderão solicitar, a qualquer tempo, por intermédio da Coordenação do CTSPN, a substituição dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

1, Art. 2º, § 8º)

Art. 3º CTSPN funcionará por meio de reuniões plenárias, comissões especiais de trabalho e mecanismos de consulta. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º)

§ 1º As reuniões contarão com a participação dos membros titulares do CTSPN ou, na sua ausência, pelos respectivos suplentes, e serão realizadas preferencialmente em Brasília, ordinariamente 3 (três) vezes ao ano, e extraordinariamente, a qualquer tempo, mediante convocação da Coordenação do CTSPN ou da maioria absoluta de seus membros titulares. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O plenário do CTSPN será instalado na data e horário previstos na convocação, com um prazo de tolerância de 15 (quinze) minutos, independentemente do número de presentes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Comitê procurará formular propostas consensuais no âmbito de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 3º)

Art. 4º A pauta das reuniões plenárias será composta da seguinte maneira: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º)

I - socialização de informações consideradas relevantes para o interesse geral do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - aprovação da memória executiva da reunião anterior visando ao monitoramento dos encaminhamentos eventualmente existentes; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - desenvolvimento dos temas principais, incluindo as discussões e encaminhamentos correspondentes; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - concessão da palavra aos integrantes do Comitê para breves comunicados ou manifestações, observada a disponibilidade de tempo e a ordem dos trabalhos; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - preparação de esboço da pauta referente à próxima reunião ordinária. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, V)

Parágrafo Único. A pauta da reunião plenária poderá ser excepcionalmente alterada pela Coordenação por motivos de urgência ou relevância ou por consenso da maioria simples dos representantes do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º Ao término de cada reunião, será encaminhada a lista de presença dos representantes do CTSPN, assim como a memória executiva, contendo o registro sucinto da reunião, com suas demandas e encaminhamentos. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 5º)

Art. 6º Compete ao coordenador da CTSPN: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º)

I - representar o CTSPN ou indicar representante nos atos e lugares que se fizerem necessários; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - conduzir e supervisionar as atividades do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - convocar, coordenar e garantir as condições necessárias às reuniões da Plenária do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - convocar e coordenar reuniões preparatórias do seg- mento de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde no CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - instituir, organizar e prover as condições necessárias às comissões especiais de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - indicar, em comum acordo com o CTSPN, represen- tantes para participar de atividades ou comissões; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - solicitar estudos e pareceres aos representantes do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - promover debates relacionados com os temas alvo das atribuições do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

IX - articular com as áreas técnicas na busca de garantir os objetivos do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - expedir as declarações de participação aos interessados, sempre que requerido; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSPN) nos estados, municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete aos membros do CTSPN: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º)

I - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - apresentar proposições sobre assuntos de interesse da saúde da população negra; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - integrar comissões especiais de trabalho e colaborar com a execução das atividades do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, III)

IV - propor a convocação de reuniões extraordinárias ou a instituição de comissões especiais de trabalho, a serem acatadas sempre por maioria simples do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, IV)

V - realizar estudos e pareceres acerca das questões so- licitadas pela coordenação do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, V)

VI - desempenhar outras atribuições que lhe forem desig- nadas por consenso ou pela coordenação do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, VI)

VII - apoiar, monitorar e avaliar a implementação da PNSPN nos Estados, Municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, VII)

Art. 8º O CTSPN contará com o apoio administrativo e financeiro da SGEP/MS, responsável pela operacionalização de todas as suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 8º)

Art. 9º A elaboração das alterações deste Regimento Interno caberá à Coordenação do CTSPN e estas serão submetidas à aprovação do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 9º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 10. A participação nas reuniões do CTSPN, assim como as funções dos seus membros não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. O CTSPN poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, de movimentos sociais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ou pertinente ao cumprimento de suas competências. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 11)

Art. 12. O plenário do CTSPN poderá deliberar sobre a instituição de comissões especiais de trabalho com o propósito de elaborar estudos, obter informações ou firmar posicionamentos acerca de temas relevantes, bem como acompanhar encaminhamentos específicos de interesse do CTSPN visando assegurar a efetividade no cumprimento de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 12)

Art. 13. Os produtos e resultados da atuação do CTSPN serão devidamente divulgados em cumprimento ao princípio da publicidade com obrigatoriedade de menção da autoria coletiva. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 13)

Art. 14. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento Interno serão solucionados pelo Plenário do CTSPN. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 14)

ANEXO XX

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). (Origem: PRT MS/GM 2866/2011)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), com o objetivo de promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

Art. 2º Para os fins da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º)

I - agricultura camponesa: aquela que considera as diferentes identidades socioculturais das diversas comunidades, bem como os saberes tradicionais, a partir da sua relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visando à produção para o autosustento e a comercialização de excedentes; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, I)

II - agricultura familiar: aquela que atende aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II)

a) não deter, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, a)

b) utilizar predominantemente mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, b)

c) ter renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, c)

d) dirigir seu estabelecimento ou empreendimento com sua família, sendo que incluem-se nesta categoria silvicultores, aquicultores, extrativistas e pescadores que preencham os requisitos previstos nas alíneas "b", "c" e "d" deste inciso; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, d)

III - assalariados e assalariadas rurais: trabalhadores e trabalhadoras com vínculo empregatício na agropecuária, em regime de trabalho permanente, safrista ou temporário, com ou sem Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) assinada, considerando-se que residem majoritariamente nas periferias das cidades pequenas e médias, sendo que parcela considerável desses trabalhadores migra entre as cidades e mesmo entre estados, de acordo com a sazonalidade das culturas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, III)

IV - camponeses e camponesas: aqueles e aquelas que, a partir de seus saberes e relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visam à produção para o autosustento e a comercialização de excedentes; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, IV)

V - descentralização: processo de autonomia das esferas de gestão estaduais, distrital e municipais, com redefinição dos papéis e responsabilidades em sua relação com a esfera federal; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, V)

VI - direitos reprodutivos: direitos básicos de todo casal e indivíduo de ter informação e meios de decidir livre e responsavelmente sobre a oportunidade e as condições de ter ou não filhos; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VI)

VII - direitos sexuais: direitos de cada pessoa desfrutar de uma vida sexual com prazer e livre de discriminação; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VII)

VIII - diversidade: princípio que respeita as diferenças legitimadas por fundamentos éticos gerados na convivência democrática dos sujeitos e grupos sociais. A biodiversidade está associada à sociodiversidade e à diversidade cultural; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VIII)

IX - equidade: promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, IX)

X - extrativismo: todas as atividades de coleta de produtos naturais, sejam animais, vegetais ou minerais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, X)

XI - extrativistas: pessoas e comunidades, com suas especificidades culturais, cuja produção de riquezas para o seu desenvolvimento tem por base a coleta de produtos de fontes naturais, como as matas, capoeiras, rios, igarapés, lagos, várzeas, manguezais, igapós, praias oceânicas e alto-mar, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XI)

XII - florestania: sentimento de pertencer à floresta e ser responsável pela sua conservação; conjunto de valores éticos, conceitos e comportamentos apreendidos na convivência com a floresta; direitos dos seres vivos habitantes da floresta, direitos da floresta compreendida como um ser vivo; noção equivalente à de cidadania, porém aplicada às populações da floresta; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XII)

XIII - integralidade: princípio fundamental do SUS que considera os sujeitos em sua indivisibilidade biopsicossocial e as comunidades humanas em sua relação com o ambiente, garantindo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

XIV - intersetorialidade/transversalidade: abordagem de promoção da saúde, com base na articulação entre as políticas públicas e as práticas de gestão dos diversos setores do Estado, compartilhando ações e orçamento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIV)

XV - parceria: articulação de redes de solidariedade entre atores governamentais e não governamentais para integração e desenvolvimento de políticas públicas promotoras de equidade; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XV)

XVI - populações do campo, da floresta e das águas: povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

XVII - povos e comunidades tradicionais: grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tradicionais, possuem formas próprias de organização social e ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e inovações práticas gerados e transmitidos pela tradição; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVII)

XVIII - regiões de saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVIII)

XIX - regionalização: princípio organizativo do SUS que garante acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal, orientando-se pelos modos de territorialização das populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIX)

XX - reserva extrativista: unidade de conservação de uso sustentável, habitada por populações que utilizam os recursos naturais como meios de produção e renda familiar em manejo; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XX)

XXI - sustentabilidade: organização da sociedade e manejo dos recursos estratégicos, com garantia da continuidade e diversidade da vida, articulando as dimensões ambientais, econômicas, sociais, políticas e culturais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXI)

XXII - sustentabilidade econômica: capacidade de geração de riqueza superior às necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXII)

XXIII - sustentabilidade social: forma de organização social caracterizada pela participação equânime na produção e distribuição da riqueza, em suas dimensões econômica, cultural, entre outras; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIII)

XXIV - sustentabilidade política: condição das instituições e organizações políticas, baseada no seu fortalecimento e funcionamento democrático; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIV)

XXV - sustentabilidade cultural: adequação dos processos sociopolíticos e econômicos aos costumes, valores e linguagem das comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXV)

XXVI - sustentabilidade ambiental: modo de aproveitamento dos bens naturais e serviços com geração de benefícios sociais e econômicos, sem comprometer a conservação dos ecossistemas para as futuras gerações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVI)

XXVII - território: espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVII)

XXVIII - trabalho escravo: exploração e apropriação do trabalho humano pela força e privação da liberdade; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVIII)

XXIX - universalidade: princípio que orienta as políticas públicas dos governos para a garantia do acesso aos serviços por elas prestados a todos, sem distinção; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIX)

XXX - violência no campo e na floresta: conflitos de interesses que geram, de forma sutil ou explícita, agravos, lesões e privação da vida, da liberdade, da cultura, do acesso à terra e aos direitos civis, políticos, sociais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXX)

Art. 3º A PNSIPCFA tem os seguintes objetivos específicos: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

I - garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, as especializadas de média e alta complexidade e as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população atendida; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, I)

II - contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, II)

III - reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho no campo e na floresta, particularmente o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, o advindo do risco ergonômico do trabalho no campo e na floresta e da exposição contínua aos raios ultravioleta; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, III)

IV - contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações do campo e da floresta, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, IV)

V - reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, V)

VI - promover planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde das populações do campo e da floresta e definir metas, estratégias e ações específicas para sua atenção; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VI)

VII - incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades das populações do campo e da floresta, considerando a interculturalidade na atenção aos povos e comunidades tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VII)

VIII - apoiar processos de educação e informação das populações do campo e da floresta sobre o direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VIII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IX - apoiar a expansão da participação das representações dessas populações nos Conselhos de Saúde estaduais, distrital e municipais e em outros espaços de gestão participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, IX)

X - promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, X)

XI - incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde das populações do campo e da floresta, respeitando as especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, XI)

XII - promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento e da avaliação tecnológica sobre os agravos à saúde decorrentes do uso de agrotóxicos e transgênicos. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, XII)

Art. 4º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observados os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º)

I - saúde como direito universal e social; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, I)

II - inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações e serviços de saúde voltados às populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas das populações do campo, da floresta e das águas, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, V)

VI - promoção de ambientes saudáveis, contribuindo para a defesa da biodiversidade e do respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VI)

VII - apoio à produção sustentável e solidária, com reconhecimento da agricultura familiar camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VIII - participação social com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo, da floresta e das águas, nas instâncias de controle social em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IX - informação e comunicação em saúde considerando a diversidade cultural do campo, da floresta e das águas, para a produção de ferramentas de comunicação; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

X - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação da PNSIPCFA. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

Art. 5º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º)

I - garantir a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde das metas e prioridades para a organização das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - apoiar a implementação da PNSIPCFA nos estados, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com base em perspectivas educacionais críticas e participativas no direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VII - fortalecer a intersetorialidade, mediante articulação com órgãos e entidades governamentais e não governamentais, para o estabelecimento de metas e prioridades referentes às ações transversais prioritárias para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com especial articulação com os Ministérios do Desenvolvimento Social e Agrário, da Defesa, do Trabalho, do Meio Ambiente, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, e da Educação, com as Secretarias Especiais de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VIII - consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre essas populações, considerando os aspectos de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, e inserir informações em saúde nos subsistemas sob responsabilidade do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VIII)

IX - estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCFA; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

X - fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

Art. 6º Compete aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º)

I - promover a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - promover a inclusão da PNSIPCFA no Plano Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCFA de forma participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - produzir dados estratificados sobre as populações do campo, da floresta e das águas e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VI)

VII - desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VII)

VIII - prestar apoio e cooperação técnica aos municípios; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VIII)

IX - viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para essas populações. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, IX)

Art. 7º Compete aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º)

I - promover a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão da PNSIPCFA no Plano Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - promover a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCFA de forma participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - produzir dados estratificados sobre as populações do campo, da floresta e das águas e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - viabilizar parcerias no setor público e privado com o objetivo de fortalecer as ações de saúde para essas populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VI)

VII - desenvolver ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VII)

VIII - promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VIII)

Art. 8º À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) compete articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação da PNSIPCFA. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 8º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CAPÍTULO II
DO GRUPO DA TERRA

Art. 9º Este Capítulo define a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 1º)

Art. 10. Compete ao Grupo da Terra: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º)

I - participar da formulação, do monitoramento e da avaliação das ações referentes à implantação e implementação da PNSIPCF, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com o objetivo de garantir a equidade na atenção à saúde para esses segmentos sociais; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, I)

II - articular e monitorar a implementação das ações decorrentes dos acordos oriundos das pautas de reivindicações negociadas entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais organizados do campo e da floresta; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, II)

III - participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde das Populações do Campo e da Floresta; e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, III)

IV - integrar saberes técnico-políticos provenientes de pesquisas e debates com os movimentos sociais para ampliar o conhecimento sobre a situação de saúde das Populações do Campo e da Floresta. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, IV)

Art. 11. O Grupo da Terra será composto por representantes dos seguintes órgãos, entidades e movimentos sociais organizados: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, II)

III - 3 (três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, III)

IV - 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VII - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante da Comissão Pastoral da Terra (CPT); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIII)

XIV - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIV)

XV - 1 (um) representante do Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (FETRAF); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVI)

XVII - 1 (um) representante do Movimento dos Atingidos por Barragens/Brasil (MAB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVII)

XVIII - 1 (um) representante do Movimento de Luta pela Terra (MLT); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVIII)

XIX - 1 (uma) representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIX)

XX - 1 (um) representante do Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XX)

XXI - 1 (um) representante do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXI)

XXII - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXII)

XXIII - 1 (uma) representante das Mulheres Trabalhadoras Rurais - Movimento das Margaridas (MTRMM); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXIII)

XXIV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXIV)

XXV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXV)

XXVI - 1 (um) representante do Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais (DESER). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXVI)

§ 1º O Grupo da Terra será coordenado por um dos representantes da SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Cada representante terá um suplente. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Um dos representantes da SAS/MS será do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Os representantes serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Grupo da Terra. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 4º)

Art. 12. O Grupo da Terra poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão convidados preferencialmente representantes dos seguintes órgãos, entidades e movimentos sociais organizados: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - Ministério do Meio Ambiente (MMA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR-PR); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

IX - Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, IX)

X - Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas (FEPEAL). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, X)

Art. 13. O Grupo da Terra reunir-se-á 3 (três) vezes ao ano, ordinariamente, com possibilidade de convocação, se necessário, de reuniões extraordinárias pela Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 5º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Parágrafo Único. Os representantes dos órgãos do Ministério da Saúde no Grupo da Terra realizarão reuniões preparatórias para a organização das atividades do Grupo. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 14. Caberá ao Grupo da Terra a elaboração de seu Regimento Interno, a ser aprovado por ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 6º)

Art. 15. As funções dos membros e dos convidados no âmbito do Grupo da Terra não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 7º)

ANEXO XXI

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Origem: PRT MS/GM 2836/2011)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º)

I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, I)

II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, II)

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, III)

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, IV)

V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, V)

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados, na forma do Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VI)

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VII)

VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VIII)

IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, IX)

X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, X)

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XI)

XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XII)

XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIII)

XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIV)

XV - buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XV)

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVI)

XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVII)

XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVIII)

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIX)

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XX)

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXI)

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXII)

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXIII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXIV)

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º)

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, I)

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, II)

III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, III)

IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, IV)

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, V)

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VI)

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VII)

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VIII)

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, IX)

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º)

I - apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos estados e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, I)

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, II)

III - distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, III)

IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, IV)

V - articular junto às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, V)

VI - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VI)

VII - promover, juntamente com as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VII)

VIII - elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VIII)

IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, IX)

X - incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, X)

XI - promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XI)

XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XII)

XIII - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XIII)

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XIV)

XV - apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XV)

XVI - disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XVI)

Art. 5º Compete aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º)

I - definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, I)

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, III)

IV - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, IV)

V - planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, V)

VI - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos estados e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VI)

VII - promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VII)

VIII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VIII)

IX - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, IX)

X - estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, X)

Art. 6º Compete aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º)

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, I)

II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, II)

III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, III)

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, IV)

V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, V)

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VI)

VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VII)

VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 7º)

Art. 8º Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular no âmbito do Ministério Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 8º)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (COMITÊ TÉCNICO LGBT)

Art. 9º Este Capítulo define o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT). (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 1º)

Art. 10. Compete ao Comitê Técnico LGBT: (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º)

I - acompanhar e monitorar a implantação e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para esses grupos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos para apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no que tange à promoção, prevenção e atenção à saúde destes grupos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, II)

III - contribuir para a pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos diversos órgãos e entidades integrantes do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, III)

IV - contribuir para a produção de conhecimento sobre a saúde LGBT e o fortalecimento da participação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nas instâncias de controle social no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, IV)

V - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, V)

Art. 11. O Comitê Técnico LGBT será composto de 25 (vinte e cinco) integrantes, assim distribuídos: (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), prioritariamente das áreas de apoio à gestão participativa e de articulação interfederativa; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, I)

II - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), prioritariamente das áreas relativas à saúde da mulher, saúde do homem, atenção básica e média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), prioritariamente da área de ciência e tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IV - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), prioritariamente da área de gestão da educação na saúde; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), prioritariamente da área relativa às DST/AIDS e Hepatites Virais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VII)

VIII - 2 (dois) representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), prioritariamente do segmento LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD-LGBT/SDH/PR), prioritariamente do segmento LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Fórum Nacional das Gestoras e Gestores Estaduais e Municipais das Políticas Públicas para a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (FONGES-LGBT); e (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XIII)

XIV - 7 (sete) representantes da sociedade civil de notório saber, com conhecimento e atuação na saúde de LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XIV)

§ 1º A coordenação do Comitê Técnico LGTB e a respectiva suplência serão exercidas pelos representantes da SGEP/MS, conforme indicação do respectivo Secretário. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os integrantes do Comitê Técnico LGBT serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Caberá à Coordenação do Comitê Técnico LGBT a indicação dos representantes da sociedade civil de notório saber, após consulta junto ao movimento social LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O Comitê Técnico LGBT poderá convidar servidores dos órgãos do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas, de outros órgãos e entidades da Administração Pública Federal, de entidades não governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 4º)

Art. 12. O funcionamento do Comitê Técnico LGBT observará agenda pactuada com seus representantes. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 4º)

Art. 13. Caberá à SGEP/MS fornecer o apoio técnico e administrativo para o funcionamento do Comitê Técnico LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 5º)

Art. 14. As funções dos membros do Comitê Técnico LGBT não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 6º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) (Origem: PRT MS/GM 2803/2013)

Art. 1º Fica redefinido e ampliado o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 1º)

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º)

I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas; (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, I)

II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, II)

III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Compreendem-se como usuários ou usuárias com demanda para o Processo Transexualizador os(as) transexuais e travestis. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º A linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador é estruturada pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º)

I - Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada: é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º, II)

Art. 4º A integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Básica será garantida pelo: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º)

I - acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º, I)

II - encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º, II)

Art. 5º Para garantir a integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Especializada, serão definidas as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

I - Modalidade Ambulatorial: consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI ; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º, I)

II - Modalidade Hospitalar: consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º, II)

Art. 6º A RAS é responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 6º)

Art. 7º Fica definido que, para fins de habilitação no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, os gestores de saúde interessados deverão cumprir as Normas de Habilitação previstas no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI , conforme modalidade assistencial ambulatorial e/ou hospitalar do estabelecimento de saúde a ser habilitado, e encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º)

I - documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º, I)

II - formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor de saúde, para habilitação do estabelecimento de saúde no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , seja para modalidade ambulatorial e/ou hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º, II)

Art. 8º Ficam incluídas na Tabela de Habilitações do SCNES as seguintes habilitações referentes ao Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º)

I - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, Pré e Pós-Operatório e Hormonioterapia, sob o código 30.02; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º, I)

II - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório, sob o código 30.03. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º, II)

Art. 9º Os estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Código 30.01, até a presente data, nos termos do anexo IV da Portaria nº 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008, continuam habilitados e deverão se adequar às novas habilitações conforme descrito nos arts. 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º do Anexo 1 do Anexo XXI , sob pena de revogação da referida habilitação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2736/2014)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos descritos no Anexo C do Anexo 1 do Anexo XXI mantêm-se habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, e terão que se adequar, conforme descrito no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 9º, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 2736/2014)

Art. 10. Os procedimentos da modalidade ambulatorial e hospitalar serão realizados exclusivamente nos estabelecimentos de saúde habilitados nos Códigos 30.01, 30.02, 30.03 respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde serão habilitados considerando os arts. 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º do Anexo 1 do Anexo XXI para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, seja na modalidade ambulatorial e/ou hospitalar, desde que cumpridas as exigências estabelecidas neste Anexo e: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

I - para habilitação no Código 30.02, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos da modalidade ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, I)

II - para habilitação no Código 30.03, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos da modalidade hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, II)

III - para habilitação nos Códigos 30.02 e 30.03, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos das modalidades ambulatorial e hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, III)

Art. 11. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem assistência a transexuais e travestis no âmbito do SUS submeter-se-ão à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 11)

Art. 12. Acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata Processo Transexualizador no SUS, quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, deve ser objeto de pactuação entre os estados solicitantes e executantes, submetidos à regulação de seus respectivos gestores de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 12) (com redação dada pela PRT MS/GM 807/2017)

Art. 13. O SUS realizará, em caráter experimental, os procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino, nos termos da Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 15)

Parágrafo Único. Os procedimentos descritos no "caput" somente poderão ser realizados em estabelecimentos definidos como hospitais de ensino, habilitados para realização da Atenção Especializada no Processo Transexualizador, bem como a partir da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 14. Os procedimentos descritos neste Anexo poderão ser realizados somente nos estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde para prestar Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme normas de habilitação estabelecidas nos Anexos A, B, C, D e E do Anexo 1 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 16)

ANEXO A DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Normas de habilitação para a atenção especializada no processo transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 1)

NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

1. NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A MODALIDADE AMBULATORIAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

1.1. A Modalidade Ambulatorial consiste nas ações de âmbito ambulatorial (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito abaixo.

1.2. Planejamento/Distribuição dos Estabelecimentos

As Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para estruturar a atenção integral aos usuários(as) com indicação para a realização do Processo Transexualizador.

1.3. Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial, o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais ou do Distrito Federal, em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a. Documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria; e

b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo II a esta Portaria, para modalidade ambulatorial.

1.4. O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria do Anexo II desta Portaria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial.

1.5. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) tomará as providências para a publicação da habilitação.

1.6 O Registro das Informações do Paciente do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador modalidade ambulatorial - deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico, contendo as seguintes informações:

a. Identificação (nome social e nome de registro);

b. Anamnese;

c. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar

d. Evolução;

e. Prescrição;

f. Exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial; e

g. Sumário de alta e outros documentos tais como Consentimento Livre e Esclarecido e normativos definidos nesta Portaria.

1.7. Estrutura Assistencial

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverá promover a atenção especializada referente aos procedimentos no processo Transexualizador definidos nesta portaria (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) de forma a oferecer assistência integral, através de:

a. Diagnóstico e tratamento clínico no processo transexualizador;

b. Atendimento da modalidade ambulatorial em atenção especializada dos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional;

c. acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia

d. garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial

1.8. Recursos Humanos

Responsável Técnico: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deve contar com um responsável técnico, de qualquer área da saúde, com nível superior e experiência comprovada na área do Processo Transexualizador. O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único Estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

Equipe de Referência: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador- modalidade ambulatorial - deverá contar com no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 endocrinologista ou 1 clínico geral e 1 enfermeiro.

Os profissionais da área médica deverão possuir títulos de especialista emitidos pelo Conselho Regional de Medicina.

1.9. As instalações Físicas:

As instalações físicas do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

b. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

c. Resolução - RDC nº 306 de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde;

1.10. Materiais e Equipamentos:
O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários para o atendimento na modalidade ambulatorial no processo transexualizador, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários(as).

1.11. Manutenção da Habilitação:

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a. Ao cumprimento continuado pelo serviço das normas estabelecidas nesta Portaria;

b. O Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, poderá suspender a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial, em caso de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria.

c. Compete ao Gestor solicitante da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - seu monitoramento, avaliação e controle, bem como sua fiscalização local;

d. O gestor local poderá solicitar ao Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, a suspensão da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial.

2. NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A MODALIDADE HOSPITALAR

2.1. A Modalidade Hospitalar consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados, conforme descrito abaixo.

2.2. Planejamento/Distribuição dos Estabelecimentos: as Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar a rede de atenção integral aos usuários(as) com indicação para a realização do Processo Transexualizador.

2.3. Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais e do Distrito Federal em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a. Documento que comprove aprovação na CIB ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da CGSES/DF sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria, e

b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo II a esta Portaria, para modalidade hospitalar.

2.4. O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria do Anexo II dessa portaria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento de saúde em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar.

2.5. Caso a avaliação seja favorável, a SAS tomará as providências para a publicação da habilitação.

2.6. O Registro das Informações do Paciente do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico, contendo as seguintes informações:

a. Identificação (nome social e nome de registro);

b. Anamnese;

c. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar

d. Evolução;

e. Prescrição;

f. Exames; e

g. Sumário de alta; e outros documentos tais como: Consentimento Livre e Esclarecido e normativos definidos nesta Portaria.
Outros registros a constarem nos prontuários, tais como: descrição de cirurgia, fichas de infecção e acompanhamento ambulatorial.

2.7. Estrutura Assistencial

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - será referência para a atenção de pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos da modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), onde constará todo o processo de acompanhamento prévio do paciente.

Caberá ao Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - as avaliações e indicações cirúrgicas, devendo o mesmo realizar os exames pré e pós-operatório.

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve oferecer assistência especializada e integral, por ações diagnósticas e terapêuticas

a) Diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico do processo transexualizador;

b) Atendimento na modalidade hospitalar, incluindo procedimentos cirúrgicos, dos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional;

c) Exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador-modalidade hospitalar;

2.8. Recursos Humanos

Responsável Técnico: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve contar com um responsável técnico pelo serviço de cirurgia, médico com título de especialista em uma das seguintes especialidades:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Urologia ou Ginecologia ou Cirurgia Plástica e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina;

O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

A equipe cirúrgica deve contar com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório.

Equipe de Referência: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deverá contar com, no mínimo, 1 médico urologista, ou 1 ginecologista ou 1 cirurgião plástico, com título de especialista da respectiva especialidade e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina, para atendimento diário. A Equipe de Enfermagem deve contar com enfermeiros e técnicos de enfermagem dimensionados conforme Resolução COFEN 293 de 2004. Ainda, a equipe do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverá contar no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 um psicólogo, 1 endocrinologista, e 1 assistente social.

2.9. Instalações físicas

As instalações físicas do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem acomplementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

b. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

c. Resolução - RDC nº 306 de 6 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde;

A Farmácia Hospitalar deverá obedecer às normas estabelecidas na RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, da Anvisa ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

2.10. Materiais e Equipamentos

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários(as), que possibilitem o diagnóstico e o tratamento clínico e cirúrgico.

2.11. Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverá:

a. Dispor de serviço de laboratório clínico em tempo integral;

b. garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar

c. Realizar tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas;

d. Possuir leitos cirúrgicos de enfermaria para os usuários(as) do Processo Transexualizador;

e. Garantir retaguarda de leito(s) de UTI tipo II ou III

f. Garantir acompanhamento ambulatorial para pré e pós operatório.

2.12. Manutenção da Habilitação

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a. Ao cumprimento continuado pelo serviço das normas estabelecidas nesta Portaria;

b. O Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, poderá suspender a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar, em caso de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria;

c. Compete ao Gestor solicitante da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - seu monitoramento, avaliação e controle, bem como sua fiscalização local;

d. O gestor local poderá solicitar ao Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, a suspensão da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar.

Para determinado estabelecimento de saúde ser habilitado como modalidade assistencial ambulatorial e hospitalar, deve cumprir ambas as Normas supracitadas

ANEXO B DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

FFormulário de vistoria do gestor para habilitação do estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 2)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

(Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo Gestor e não deve ser modificado e/ou substituído)

I. MODALIDADE AMBULATORIAL:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

CNPJ: _____ CNES: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____UF: _____

CEP:_____TELEFONES: ( ) _____

FAX: ( ) _____

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

TELEFONE: ( )_____ FAX: ( )_____

E-MAIL: _____

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR (Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor.)

(Este Formulário não deve modificado nem substituído) TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Privado lucrativo ( ) Privado não lucrativo( ) Filantrópico ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

1. NORMAS GERAIS DE HABILITAÇÃO

1.1 - Consta no processo de habilitação do Estabelecimento de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade ambulatorial - a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para as habilitações estabelecidas no Anexo I, tais como:

a) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS

( ) Sim ( ) Não

b) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB

( ) Sim ( ) Não

c) Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS

( ) Sim ( ) Não

2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

2.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial - cumpre e oferece os requisitos abaixo:

a) garante atendimento e acompanhamento ambulatorial especializado e integral para o diagnóstico e tratamento clínico para os/as transexuais e travestis no processo transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

b) atendimento em atenção especializada dos usuários/as com demanda para o processo Transexualizador por meio de equipe multiprofissional.

( ) Sim ( ) Não

c) acompanhamento clínico.

( ) Sim ( ) Não

d) acompanhamento pré e pós-operatório no processo transexualizador

( ) Sim ( ) Não

e) hormonioterapia

( ) Sim ( ) Não

f) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial

( ) Sim ( ) Não

g) possui um prontuário único para cada paciente que possua todos os tipos de atendimento a ele referentes, contendo as

informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento:

( ) Sim ( ) Não

h) possui Responsável Técnico pela equipe do Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial:

( ) Sim ( ) Não

i) titulação do Responsável Técnico

( ) Sim ( ) Não

j) possui equipe mínima assistencial:

( ) 01 psiquiatra ou psicólogo

( ) 01 assistente social;

( ) 01 endocrinologista ou 01 clínico geral; e

( ) 01 enfermeiro.

k) titulação dos profissionais que compõem a equipe

( ) Sim ( ) Não

l) acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade

( ) Sim ( ) Não

3. INSTALAÇÕES FÍSICAS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

3.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial - cumpre e oferece as instalações físicas, materiais e equipamentos abaixo:

a) possui Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

( ) Sim ( ) Não

b) possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

( ) Sim ( ) Não

c) possui Materiais e Equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários/as na modalidade ambulatorial no processo transexualizador:

( ) Sim ( ) Não

II- MODALIDADE HOSPITALAR:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

CNPJ: _____

CNES:_____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____UF:_____

CEP:_____TELEFONES: ( ) _____

FAX: ( ) _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO:_____

TELEFONE: ( )_____ FAX: ( )_____

E-MAIL: _____

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR (Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(Este Formulário não deve modificado nem substituído) TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Privado lucrativo ( ) Privado não lucrativo ( ) Filantrópico ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Atendimento de intercorrências no processo transexualizador

1. NORMAS GERAIS DE HABILITAÇÃO

1.1 - Consta no processo de habilitação do Estabelecimento de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Hospitalar - a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para as habilitações estabelecidas no Anexo I, tais como:

a) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS ( ) Sim ( ) Não

b) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB ( ) Sim ( ) Não

c) Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS. ( ) Sim ( ) Não

2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

2.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar- cumpre e oferece os requisitos abaixo:

a) ser referência para a atenção de pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos da modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório).

( ) Sim ( ) Não

b) oferece assistência especializada e integral por ações diagnósticas e terapêuticas na modalidade hospitalar do processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

c) garante atendimento e acompanhamento hospitalar especializado e integral, para o procedimento cirúrgico e acompanhamento pré e pós-operatório no processo transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

d) atendimento na modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) em atenção especializada dos usuários/as com demanda para o processo Transexualizador por meio de equipe multiprofissional.

( ) Sim ( ) Não

e) garante acesso a exames laboratoriais e de imagens necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar.

( ) Sim ( ) Não

f) realiza acompanhamento pré e pós-operatório no processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

g) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

( ) Sim ( ) Não

h) possui Responsável Técnico pela equipe médica do estabelecimento de atenção Especializada no processo transexualizador -modalidade hospitalar, com certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas no respectivo Conselho Regional de Medicina nas especialidades médicas de urologia ou ginecologia ou cirurgia plástica:

( ) Sim ( ) Não ( )

i) o médico responsável técnico pela equipe médica do estabelecimento de atenção Especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar - é responsável por um único estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - pelo Sistema Único de Saúde e reside no mesmo município ou cidade circunvizinha.

( ) Sim ( ) Não

j) possui equipe mínima assistencial com no mínimo*:

( ) 01 urologista ou 01 ginecologista ou 01 cirurgião plástico;

( ) enfermeiros (dimensionados conforme Resolução COFEN 293/2004);

( ) técnicos de enfermagem (dimensionados conforme Resolução COFEN 293/2004);

( ) 01 psiquiatra ou 01 psicólogo;

( ) 01 endocrinologista;

( ) 01 assistente social.

*A equipe mínima assistencial médica com certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas no respectivo Conselho Regional de Medicina. A equipe assistencial de profissionais enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos deverão apresentar graduação reconhecida pelo Ministério da Educação e pelo respectivo conselho de classe.

A equipe assistencial de técnicos de enfermagem deverá ter formação reconhecida pelo respectivo conselho de classe.

k) possui equipe cirúrgica com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório:

( ) Sim ( ) Não

l) possui equipe mínima assistencial treinada para atendimento de pacientes no Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

m) garantia de sala de cirurgia para atendimento ao paciente do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

n) garantia de leitos cirúrgicos de enfermaria para os usuários/ as do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

o) garantia de leitos de UTI tipo II ou III para paciente do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

p) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar:

( ) Sim ( ) Não

q) possui serviço de laboratório clínico:

( ) Sim ( ) Não

r) realiza tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas:

( ) Sim ( ) Não

s) garantia de acompanhamento ambulatorial para pré e pós-operatório para os usuários/as atendidos no processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

t) possui acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade:

( ) Sim ( ) Não

3. INSTALAÇÕES FÍSICAS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

3.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar - cumpre e oferece as instalações físicas, materiais e equipamentos abaixo:

a) possui Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

( ) Sim ( ) Não

b) possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

( ) Sim ( ) Não

c) possui Materiais e Equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários/as na modalidade hospitalar no processo transexualizador:

( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: ____/_____ / _____

INTERESSE DO GESTOR DE SAÚDE NA HABILITAÇÃO:

De acordo com a vistoria realizada in loco, a instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº , de de 2013, para a habilitação solicitada.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

( ) Sim ( ) Não DATA:_____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

ANEXO C DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 3)

Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador

UF	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO - RAZÃO SOCIAL
RS	Porto Alegre	2237601	Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS)
RJ	Rio de Janeiro	2269783	Universidade Estadual do Rio de Janeiro - HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Rio de Janeiro(RJ)
SP	São Paulo	2078015	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP/Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS - São Paulo/SP
GO	Goiânia	2338424	Hospital das Clinicas - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia (GO)

ANEXO D DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Alteração na Tabela de Serviço/classificação do SCNES (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 4)

Alteração na Tabela de Serviço/Classificação do SCNES

		Código da Classificação	Descrição	Grupo	CBO	Descrição
153	Atenção Especializada no Processo Transexualizador	001	Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.	1	225133	Médico psiquiatra
					225155	Médico Endocrinologista
					225125	Médico Clínico
					223505	Enfermeiro
					251510	Psicólogo
					251605	Assistente Social
				2	251510	Psicólogo
					225155	Médico Endocrinologista
					225125	Médico Clínico
					223505	Enfermeiro
					251605	Assistente Social
		002	Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.	3	225250	Médico ginecologista obstetra
					225235	Médico Cirurgião Plástico
					223505	Enfermeiro
					225133	Médico psiquiatra
					225155	Médico Endocrinologista
					225285	Médico Urologista
					251605	Assistente Social
				4	225285	Médico Urologista

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

					225250	Médico ginecologista obstetra
					225235	Médico Cirurgião Plástico
					223505	Enfermeiro
					251510	Psicólogo
					225155	Médico Endocrinologista
					251605	Assistente Social

ANEXO E DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Inclusão de Procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 5)

Inclusão de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Procedimento:	03.01.13.004-3 - Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório
Descrição:	Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
Origem SIGTAP	03.01.13.002-7
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Sexo:	Ambos
Valor Ambulatorial SA:	R$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R$ 39,38
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$0,00
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	02
CBO:	225133, 225155, 225250, 225285, 251510, 225235, 251605, 223810,, 225125.
CID:	F64.0
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 153/002 (Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório).
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 30.03 Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório

Procedimento:	03.03.03.009-7- Tratamento hormonal no processo transexualizador.
Descrição:	Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona).
Origem SIGTAP	03.03.03.007-0
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 50,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 50,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225155, 225250, 225285, 225125
CID:	F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) - Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-peratório e hormonioterapia.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Procedimento:	04.09.05.014-8 - Redesignação sexual no sexo masculino
Descrição:	Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocolpoplastia (construção de neovagina).
Origem SIGTAP	04.09.05.012-1
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 528,06
Valor Hospitalar SH:	R$ 760,22
Valor Hospitalar Total:	R$ 1288,28
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	8
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03.- Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.04.01.056-3 - Tireoplastia
Descrição:	Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transexualizador.
Origem SIGTAP	04.04.01.042-3
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 236,60
Valor Hospitalar SH:	R$ 181,88
Valor Hospitalar Total:	R$ 418,48
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	01
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225275; 225215; 225235
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço Atenção Especializado no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	03.03.03.008-9 - Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador.
Descrição:	Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA-I (individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 65,52

Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

CBO:	225155, 225250, 225285, 225125
CID:	F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.019-7 - Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador
Descrição:	Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 284,93
Valor Hospitalar SH:	R$ 524,96
Valor Hospitalar Total:	R$ 809,89
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	feminino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	03
Pontos:	250
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225250, 225255
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Procedimento:	04.09.06.029-1 - Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador.
Descrição:	Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 511,90
Valor Hospitalar SH:	R$ 683,90
Valor Hospitalar Total:	R$ 1.195,80
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior
Sexo:	Feminino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	03
Pontos:	300
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03
	Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.09.05.013-0 - Cirurgias complementares de redesignação sexual
Descrição:	Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fístulectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 214,67

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Valor Hospitalar SH:	R$ 183,38
Valor Hospitalar Total:	R$ 398,05
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	05
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Procedimento:	03.01.13.003-5 - Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico.
Descrição:	Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transexualizador.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SIA:	R$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R$ 39,38
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225133, 225155, 251510, 251605,223810,
CID:	F64.0, F64.9
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.020-0- Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador
Descrição:	Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.
Complexidade:	Media Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 140,02
Valor Hospitalar SH:	R$ 1.663,90
Valor Hospitalar Total:	R$ 1803,92
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino

Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	02
Pontos:	250
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225250
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
CID	F64.0
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

ANEXO XXI-A

(Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO POVO CIGANO/ROMANI
(Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Art. 2º São eixos-estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

I - fortalecimento da atenção à saúde integral do Povo Cigano/Romani em todas as fases do curso de vida, considerando as necessidades de adolescentes, jovens e adultos em conflito com a lei; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

II - fortalecimento da rede de atenção à saúde integral da mulher e da criança de etnia Cigana, qualificando a atenção obstétrica e infantil por intermédio de um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir o acolhimento, a ampliação do acesso e a qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, e as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, além da prevenção e do tratamento oncológico; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

III - fortalecimento e garantia da saúde sexual e reprodutiva do homem e da mulher de etnia Cigana, considerando suas especificidades culturais e as questões de gênero e geracional; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IV - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnicas nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades regionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas, IST/HIV/Aids, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino, câncer de mama, glaucoma, hipertensão e transtorno mental; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

V - fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, da primeira infância, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes da discriminação étnica e a exclusão social, bem como transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VI - garantia da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal para o Povo Cigano/Romani, com mais investimentos financeiros e de pessoal nos estados e municípios e propiciar a ampliação e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO; e (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VII - elaboração de informações sobre indicadores e determinantes sociais da saúde do Povo Cigano/Romani, como forma de introduzir e acompanhar os dados sobre este grupo étnico no SUS. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani tem como objetivo geral promover a saúde integral do Povo Cigano/Romani, respeitando suas práticas, saberes e medicinas tradicionais, priorizando a redução e o combate à ciganofobia ou romafobia. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Art. 4º São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

I - ampliar o acesso do Povo Cigano/Romani aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

II - garantir e ampliar o acesso do Povo Cigano/Romani às ações e serviços de saúde do SUS, considerando os territórios que habitam e/ou usam, como áreas urbanas, regiões periféricas dos grandes centros, acampamentos, barracas, ranchos, entre outros; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

III - identificar, combater e prevenir situações de violência contra o Povo Cigano/Romani como abuso, exploração e assédio nas ações e serviços de saúde do SUS; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IV - contribuir com o enfrentamento das discriminações de gênero, étnica, território, com destaque para as interseções com a saúde do Povo Cigano/Romani, nos processos de educação permanente para gestores, trabalhadores da saúde, atores sociais e conselheiros de saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

V - incentivar o protagonismo do Povo Cigano/Romani no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VI - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados, considerando o Povo Cigano/Romani uma etnia; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VII - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, construídas de forma participativa com atores da sociedade civil; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VIII - monitorar e avaliar indicadores e metas para a saúde do Povo Cigano/Romani, visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, municipais e estaduais; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IX - fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito Nacional e Internacional; e (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

X - garantir, ainda na maternidade e demais localidades, o registro do recém-nascido, observada a legislação aplicável. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Art. 5º São diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

I - ampliação e qualificação do acesso aos serviços do SUS, com ênfase nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e humanização, respeitando as diversidades ambientais, sociais e sanitárias em conformidade com o modo de vida do Povo Cigano/Romani, promovendo o acesso às ações e serviços de saúde de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

II - inclusão dos temas Racismo e Saúde do Povo Cigano/Romani nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

III - fortalecimento das instâncias de controle social do SUS e a fomentação da participação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos de Saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IV - criação e implementação de Comitês Técnicos de Saúde Integral do Povo Cigano/Romani no Ministério da Saúde, nos estados, municípios e no Distrito Federal; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

V - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VI - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aquelas preservadas pelas comunidades tradicionais; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VII - fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes do combate ao racismo e à redução das desigualdades étnicas no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VIII - implementação de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam a identidade positiva do Povo Cigano/Romani, respeitando suas diversidades étnico-culturais e favoreçam o protagonismo e autonomia do Povo Cigano/Romani no SUS. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Art. 6º Compete ao Ministério da Saúde: (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

I - garantir a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

III - promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde das metas e prioridades para a organização das ações de saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IV - apoiar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani nos estados, municípios e Distrito Federal; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

V - definir e gerir os recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite - CIT; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VI - consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre o Povo Cigano/Romani, considerando os aspectos gênero, geracional e etnia, e inserir informações em saúde no sistema sob responsabilidade do Ministério da Saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VII - garantir a inclusão do quesito etnia Cigana nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IX - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

X - incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltadas para as especificidades do Povo Cigano/Romani, de acordo com os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XI - fortalecer as instâncias de controle social do SUS e a fomentar a participação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos de Saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XII - criar e implementar o Comitê Técnico Nacional de Saúde Integral do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XIII - instituir mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XIV - elaborar e publicar materiais de informação, comunicação e educação sobre a Saúde Integral do Povo Cigano/Romani, respeitando seus modos de vida, culturas, tradições, saberes e valores; XV - elaborar materiais de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XV - implantar e implementar ações de saneamento para prevenção e controle de doenças, bem como fomentar ações de promoção e proteção à saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XVI - promover o apoio técnico e financeiro para implementação desta Política; e (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XVII - fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não-governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento e qualificação das ações em saúde para o Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Art. 7º Compete à gestão estadual de saúde: (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

I - promover a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito estadual; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

III - implementar a Política de Promoção da Equidade em Saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IV - definir e gerir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

V - promover a inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde, em consonância com as realidades locais e regionais, e no Plano Plurianual - PPA setorial estadual, quando envolver despesas relativas aos programas de duração continuada, nos termos do § 1º do art. 165 da Constituição; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VI - coordenar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito estadual; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VII - identificar as necessidades de saúde desta população no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IX - incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani de forma participativa; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

X - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores da saúde, voltadas para as especificidades do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

XI - desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltados para as especificidades do Povo Cigano/Romani, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XII - estimular e fortalecer a representação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e nas Conferências de Saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XIII - apoiar a implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XIV - instituir mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XV - adotar ações de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani, com destaque para a produção dos conhecimentos sobre racismo institucional e seu impacto na atenção à saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XVI - prestar apoio e cooperação técnica aos municípios e viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XVII - fomentar a articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XVIII - incentivar e participar da elaboração dos Planos Municipais de Saneamento Básico para a promoção e proteção à saúde do Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Art. 8º Compete à gestão municipal de saúde: (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

I - promover a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito municipal; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

III - implementar as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IV - definir e gerir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

V - promover a inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde, em consonância com as realidades e a necessidades locais, e no Plano Plurianual - PPA setorial, quando envolver despesas relativas aos programas de duração continuada, nos termos do § 1º do art. 165 da Constituição; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VI - coordenar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani em consonância com o Pacto pela Saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VII - identificar as necessidades de saúde desta população no âmbito municipal, considerando as oportunidades e os recursos; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VIII - produzir dados estratificados sobre o Povo Cigano/Romani e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IX - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

X - desenvolver ações de educação permanente para os trabalhos de saúde voltados para as especificidades do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XI - promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltadas para as especificidades de saúde voltadas para o Povo Cigano/Romani, com base nos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XII - adotar ações de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani, com destaque para a produção dos conhecimentos sobre racismo institucional e seu impacto na atenção à saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XIII - estimular e fortalecer a representação do Povo Cigano/Romani no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XIV - instituir de mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XV - fomentar a saúde integral e propiciar uma melhor condição de vida para o Povo Cigano/Romani, por meio da Politicas de Saneamento Básico para promoção, prevenção e controle de doenças e agravos; e (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XVI - articular de forma intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Art. 9º Os órgãos do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, deverão promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades a fim de adequá-los às diretrizes e responsabilidades estabelecidas nesta Portaria. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Parágrafo único. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP/MS articulará, no âmbito do Ministério da Saúde, junto às demais Secretarias e entidades vinculadas, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

ANEXO XXII

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Origem: PRT MS/GM 2436/2017)

Art. 1º Este Anexo aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º)

§ 1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 2º)

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 4º)

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º)

I - princípios: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I)

a) universalidade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, a)

b) equidade; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, b)

c) integralidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, c)

II - diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II)

a) regionalização e hierarquização: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, a)

b) territorialização; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, b)

c) população adscrita; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, c)

d) cuidado centrado na pessoa; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, d)

e) resolutividade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, e)

f) longitudinalidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, f)

g) coordenação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, g)

h) ordenação da rede; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, h)

i) participação da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, i)

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos neste Anexo e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 5º)

~~**Art. 6º** Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com Anexo XXII serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 6º)~~

~~**Parágrafo Único.** Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 6º, Parágrafo Único)~~

Art. 6º Os estabelecimentos de saúde que ofertem ações e serviços de Atenção Primária à Saúde, no âmbito do SUS, de acordo com o Anexo XXII, serão denominados: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

I - Unidade Básica de Saúde (UBS): estabelecimento que não possui equipe de Saúde da Família; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

II - Unidade de Saúde da Família (USF): estabelecimento com pelo menos 1 (uma) equipe de Saúde da Família, que possui funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

Parágrafo único. As USF e UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

Art. 6º-A Aplicam-se à USF os dispositivos do Anexo I deste Anexo referentes à UBS, quando estes dispositivos dispuserem sobre estabelecimentos de saúde com equipe de Saúde da Família. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

Seção I
Das Responsabilidades
(Origem: PRT MS/GM 2436/2017, CAPÍTULO I)

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º)

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, I)

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, III)

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, IV)

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, V)

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VI)

VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VII)

VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VIII)

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, IX)

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, X)

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XI)

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XII)

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIII)

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIV)

XV - estimular a participação popular e o controle social; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XV)

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVI)

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da União, ou do Distrito Federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVII)

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVIII)

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIX)

XX - articulação com o subsistema indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XX)

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º)

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, I)

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, II)

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, III)

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, IV)

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, V)

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VI)

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VII)

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as secretarias de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VIII)

Art. 9º Compete às secretarias estaduais de saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos estados e Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, I)

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, II)

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, III)

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, IV)

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, V)

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VI)

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VII)

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VIII)

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, IX)

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as secretarias municipais de saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, X)

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, XI)

Art. 10. Compete às secretarias municipais de saúde a co-ordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10)

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, I)

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, II)

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, III)

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, IV)

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, V)

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VI)

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VII)

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VIII)

IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, IX)

X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, X)

XI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XI)

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XII)

XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIII)

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIV)

XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XV)

XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVI)

XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVIII)

XIX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIX)

Art. 11. A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo 1 do Anexo XXII . (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 11)

CAPÍTULO II
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

~~Seção I~~
~~Do processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal~~
(Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**Art. 12.** A implantação e o credenciamento das Equipes de Atenção Básica pelos Municípios pelo Distrito Federal passam a obedecer ao seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**I -** elaboração do Projeto de Implantação das Equipes de Atenção Básica, respeitados os itens mínimos descritos na Política Nacional de Atenção Básica e seu envio à respectiva Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**II -** no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data do protocolo de entrada do projeto de implantação das Equipes de Atenção Básica elaborado pelos Municípios/Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal deverão proceder à análise e posterior encaminhamento dos mencionados projetos para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**III -** a Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, após aprovação na CIB, informará ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**IV -** para recebimento dos incentivos correspondentes às Equipes de Atenção Básica efetivamente implantadas, os Municípios e o Distrito Federal deverão cadastrar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os profissionais integrantes das equipes previamente credenciadas pelo Estado/Distrito Federal conforme decisão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e, ainda, alimentar os dados no sistema de informação, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades. (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**Parágrafo Único.** As diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~Seção II~~
~~Dos NASF~~
(Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**Art. 13.** Ficam definidos os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**Art. 14.** Ficam criados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 (NASF 3). (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 1º** O NASF 3 é criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º, § 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 2º** Os critérios para implantação, características específicas, composição das ocupações e recursos financeiros federais para os NASF 3 encontram-se definidos no art. 15. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º, § 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**Art. 15.** Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser organizados, com financiamento federal, nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3, seguindo os parâmetros e critérios abaixo estabelecidos: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**I -** a modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**a)** a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, a)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**b)** nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, b)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 13.11.2019)

~~**c)** cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, c)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**II -** cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**III -** a modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**a)** a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, a)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**b)** nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, b)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**c)** cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, c)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

~~**IV -** cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**V -** a modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**a)** a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, a)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**b)** nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, b)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**c)** cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, c)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**VI -** cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, VI)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 1º** A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal correspondente ao NASF. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 2º** O número máximo de NASF 2 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 3º** O número máximo de NASF 3 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 3. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 3º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 4º** Os valores dos incentivos financeiros para a implantação e os recursos de custeio, que serão transferidos a cada mês tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES, serão objeto de portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 4º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

Seção III

Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense

Art. 16. Esta Seção define o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 1º)

Art. 17. Constituem ESFR as equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 2º)

Parágrafo Único. As ESFR são vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adscrita. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 18. A ESFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º)

I - 1 (um) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, I)

II - 1 (um) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, II)

III - 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, III)

Art. 19. As ESFR e as ESFF podem contar com os seguintes profissionais de saúde bucal, dependendo da modalidade de equipe: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º)

I - 1 (um) cirurgião dentista generalista ou em saúde da família; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º, I)

II - 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º, II)

Art. 20. Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR e as ESFF podem contar, ainda, com: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º)

I - até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, I)

II - até 12 (doze) Microscopistas, nas regiões endêmicas; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, II)

III - até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. As ESFR e as ESFF poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior a sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos termos da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 21. As ESFR e as ESFF deverão seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerando a importância da territorialização, manutenção do vínculo, cuidado integral e longitudinal, identificação de risco e vulnerabilidade. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 6º)

Art. 22. As ESFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias, e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 7º)

Parágrafo Único. A determinação de que trata o "caput" é aplicável aos profissionais que compõem a equipe mínima de que tratam os arts. 18 e 19 do Anexo XXII e a até 2 (dois) técnicos de enfermagem, quando houver. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 23. Os Agentes Comunitários de Saúde, os Auxiliares/Técnicos de enfermagem extras e os Auxiliares/Técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 8º)

Art. 24. Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, as ESFR e ESFF adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 9º)

Art. 25. Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, as ESFR e as ESFF receberão incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10)

I - até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas a um Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, I)

II - até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, II)

§ 1º As unidades de apoio e as embarcações para o deslocamento dos profissionais devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º Para efeito desta Seção, consideram-se unidades de apoio os estabelecimentos que servem para atuação das ESFR e ESFF e que não possuem outras equipes de Saúde Família vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, § 2º)

Art. 26. As ESFR farão jus ao financiamento vigente para Equipes de Saúde da Família modalidade I. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 11)

Art. 27. As ESFR e ESFF poderão agregar ao seu financiamento: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12)

I - incentivo para cada profissional acrescido à composição mínima prevista no art. 20; e/ou (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, I)

II - incentivo para o custeio da logística, baseado no número de unidades de apoio ou embarcações de que trata o art. 25. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, II)

§ 1º Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica ao qual as ESFR ou ESFF estão vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º Ato do Ministro de Estado da Saúde regulamentará os incentivos financeiros de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, § 2º)

Art. 28. Para implantação de ESFR, os Municípios observarão o fluxo previsto na Seção I do Capítulo II. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13)

§ 1º O projeto de implantação da ESFR conterá: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º)

I - indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente nas comunidades adscritas e os rios do circuito de deslocamento; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, I)

II - número de profissionais em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, II)

III - programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da ESFR a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, III)

IV - descrição da organização das ofertas e ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, IV)

V - descrição de como a gestão municipal do SUS apoiará a ESFR no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, V)

VI - nos arranjos em que a ESFR contar com Unidades de Saúde de Apoio para o atendimento, relação da quantidade e as comunidades em que estão localizadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VI)

VII - nos arranjos em que a ESFR contar com embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento das equipes, relação da quantidade e seus respectivos números, no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VII)

VIII - indicação do Município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a ESFR atender mais de um Município; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VIII)

IX - indicação de como garantirá a referência dos usuários aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, a organização da rede para o atendimento de urgência às comunidades ribeirinhas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, IX)

§ 2º O projeto de que trata o § 1º deverá ser aprovado pela Comissão Intergestores Regional (CIR) ou pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhado pela Secretaria Estadual de Saúde ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) para habilitação. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º As diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 3º)

Art. 29. Recomenda-se que os Municípios utilizem o Telessaúde articulado à Regulação para aumentar a resolubilidade, qualificar os encaminhamentos e organizar o acesso à atenção especializada, considerando o desenho regional. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 14)

Art. 30. As ESFR e as ESFF poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento formal que formalize a relação entre os Municípios, devidamente aprovado na respectiva CIR e CIB, e devem garantir a alimentação das informações de saúde referentes à sua área de abrangência no Sistema de Informação vigente para a Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 15)

Parágrafo Único. Nos termos do art. 12, IV, para recebimento dos incentivos correspondentes às Equipes de Atenção Básica efetivamente implantadas, os Municípios e o Distrito Federal, além de cadastrar no SCNES os profissionais integrantes das equipes previamente credenciadas pelo Estado ou Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades, ficando

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

sujeito a suspensão caso o sistema não seja alimentado e devidamente validado por 3 (três) meses. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 31. As normas para o cadastramento das unidades de apoio ou satélites e embarcações vinculadas a Estabelecimentos de Saúde de Atenção Básica onde as equipes estão vinculadas e alterações nas regras de cadastramento das ESFR e ESFF, com ou sem Saúde Bucal, além da definição dos prazos de implementação no SCNES, serão estabelecidas por ato do Secretário de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 16)

Seção IV
Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais

Art. 32. Esta Seção estabelece os critérios para habilitação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio a que se refere o art. 73 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 1º)

Art. 33. Para fins de habilitação das UBSF, os Municípios interessados deverão providenciar os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º)

I - projeto de implantação da Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF) com itinerário da UBSF, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se houver, pela Comissão Intergestores Regional (CIR); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, I)

II - Título de Inscrição de Embarcação, expedido pela autoridade marítima competente (Capitania dos Portos); e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, II)

III - Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior (NORMAM-02) ou legislação que venha a substituí-la. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, III)

Art. 34. O projeto de implantação da ESFF a que se refere o art. 33, I, deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º)

I - indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, I)

II - número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação de cada (ACS); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, II)

III - programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da ESFF a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, III)

IV - circuito de deslocamento da unidade, especificando comunidades ribeirinhas a serem atendidas e os rios em que a UBSF percorrerá; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, IV)

V - proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde, detalhando-se, principalmente, como será garantido atendimento de urgência, inclusive por meio da disponibilidade de ambulanchas para atendimento às comunidades ribeirinhas; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, V)

VI - descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das ESFF; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VI)

VII - listagem da equipe de saúde que prestará atendimento à população, com observância da composição mínima prevista na Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VII)

VIII - descrição da organização das ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população, como o pré-natal e a puericultura, dentro dos padrões mínimos recomendados; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VIII)

IX - descrição de como a gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) apoiará a ESFF no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, IX)

X - planos da embarcação, contendo fotos dos ambientes nela contidos, obedecendo-se a estrutura física mínima exigida nos termos da Política Nacional de Atenção Básica, e equipamentos que estarão disponíveis na UBSF; e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, X)

XI - indicação do Município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a USFF atender mais de um Município. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, XI)

Art. 35. O processo de habilitação da UBSF compreenderá as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º)

I - reunião dos documentos exigidos nos termos do art. 33; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, I)

II - submissão do projeto de implantação da ESFF à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, II)

III - envio do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde para aprovação da CIB ou, se houver, da CIR; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, III)

IV - envio da resolução da CIB ou, se houver, da CIR e dos documentos exigidos nos termos do art. 33 ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, IV)

V - emissão de parecer técnico pelo Ministério da Saúde que ateste, a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, se a estrutura física da unidade e os equipamentos disponíveis atendem os requisitos mínimos estabelecidos pelo art. 34, X; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, V)

VI - publicação do ato de habilitação da UBSF pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União; e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VI)

VII - cadastramento da UBSF e da ESFF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nos termos Portaria nº 941/SAS/MS, de 22 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VII)

§ 1º Os recursos serão repassados aos Municípios após o cadastramento a que se refere o inciso VII do "caput". (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no inciso V do "caput", o Ministério da Saúde poderá emitir seu parecer com base em prévia manifestação técnica da Secretaria Estadual de Saúde efetuada a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, a respeito do atendimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pela estrutura física da unidade e pelos equipamentos ali disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

§ 3º Caso o plano da embarcação apresentado não seja suficiente para verificação do cumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde notificará a Secretaria Municipal de Saúde para complementação de documentos. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 4º Após a complementação de que trata o art. 35, § 3º , o Ministério da Saúde emitirá o parecer técnico sobre o cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 5º Em caso de emissão de parecer técnico favorável, o Ministério da Saúde ou a Secretaria Estadual de Saúde poderá, a qualquer momento, realizar verificação "in loco" do cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 6º Para os fins do disposto no art. 35, § 5º , a Secretaria Estadual de Saúde comunicará imediatamente o Ministério da Saúde no caso de verificação do descumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 7º)

Art. 36. Para as embarcações já existentes e que não contarem com ambiente para dispensação de medicamentos e laboratório, os Municípios deverão apresentar, obrigatoriamente, no projeto de implantação da ESFF, a forma como será garantida a distribuição de medicamentos e a coleta/entrega de exames laboratoriais aos usuários. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 5º)

Art. 37. Os Municípios com Equipes de Saúde da Família que já exerçam atividades em embarcações com a estrutura física mínima prevista na Política Nacional de Atenção Básica, poderão solicitar a adequação de modalidade para ESFF, observado o regramento previsto nos arts. 33, 34 e 35 do Anexo XXII . (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º)

Parágrafo Único. Aplica-se às embarcações previstas no "caput" deste artigo o disposto no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 38. As UBSF poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize essa relação entre os Municípios, devidamente aprovado pela CIB ou, se houver, pela CIR. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 7º)

Art. 39. Para manutenção dos repasses financeiros, a(s) ESFF deve(m) alimentar, mensalmente, o sistema de informação da atenção básica disponibilizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 8º)

Art. 40. As UBSF devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 9º)

CAPÍTULO III
DOS PROFISSIONAIS

Seção I
Das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico

Art. 41. Esta Seção estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES). (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 203/2013)

Art. 42. As áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta indicadores dentre o seguintes: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º)

I - Produto Interno Bruto (PIB) per capita; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, I)

II - população sem cobertura de planos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, II)

III - percentual da população residente na área rural; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, III)

IV - percentual da população em extrema pobreza; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, IV)

V - percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, V)

VI - percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1.000 (mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VI)

VII - percentual de leitos para cada 1.000 (mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VII)

VIII - indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas, em conformidade com os dados extraídos dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VIII)

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicar a relação das áreas e regiões de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 43. Para obter a extensão do prazo de carência do respectivo financiamento por todo o período de duração da residência médica, o estudante graduado em Medicina deverá optar pelo ingresso em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e em especialidade médica cuja prioridade para o SUS será definida pelo Ministério da Saúde com observância dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º)

I - especialidades definidas como pré-requisito para o credenciamento dos serviços, sobretudo na alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, I)

II - especialidade necessária a uma dada região segundo avaliação da demanda decorrente da evolução do perfil sócio-epidemiológico da população, principalmente relacionadas ao envelhecimento populacional e ao aumento de morbimortalidade decorrente de causas externas; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, II)

III - especialidades necessárias à implementação das políticas públicas estratégicas para o SUS, tais como a Política de Atenção Básica, de Urgência e Emergência, de Saúde Mental, Atenção à Mulher e Criança, Oncológica e Atenção ao Idoso; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, III)

IV - especialidades consideradas escassas ou com dificuldade de contratação em uma dada região segundo análise dos sistemas de informação disponíveis, realização de pesquisa ou demanda referida por gestores da saúde daquela região. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, IV)

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) publicar a relação das especialidades médicas prioritárias de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 44. O requerimento de carência estendida de que trata o art. 43 deverá ser preenchido pelo profissional médico beneficiário de financiamento concedido com recursos do FIES por meio de solicitação expressa, em sistema

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

informatizado específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, contendo, dentre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A)

I - nome completo; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, I)

II - CPF; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, II)

III - data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, III)

IV - correio eletrônico; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, IV)

V - Programa de Residência Médica e instituição a que está vinculado. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, V)

§ 1º O Programa de Residência Médica ao qual o profissional médico esteja vinculado deverá ter início no período de carência previsto no contrato de financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 1º)

§ 2º O coordenador da Comissão de Residência Médica (COREME) da instituição a qual está vinculado o Programa de Residência Médica é responsável pela validação e atualização das informações prestadas pelo profissional médico beneficiário do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 2º)

§ 3º Recebida a solicitação, o Ministério da Saúde comunicará ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a relação de médicos considerados aptos para a concessão da carência estendida por todo o período de duração da residência médica. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 3º)

§ 4º Após ser comunicado, nos termos do § 3º, o FNDE notificará o agente financeiro responsável para a efetivação das medidas relativas à concessão da carência estendida. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 4º)

Art. 45. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou as Coordenações dos Programas de Residência Médica deverão validar e manter cadastro com informações atualizadas dos financiados do FIES sobre o seu exercício profissional nas equipes de saúde da família ou sua participação em Programa de Residência Médica, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 4º)

Parágrafo Único. Caso solicitado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), as Secretarias ou as Coordenações deverão avaliar se as informações prestadas pelo financiado do FIES àquela entidade, referentes ao seu exercício profissional nas equipes de saúde da família ou à sua participação em Programa de Residência Médica, estão em consonância com o cadastro de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 46. A operacionalização do abatimento do saldo devedor consolidado de que trata o 'caput' do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 2001, será executada pelo FNDE e demais normas do FIES, além do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 203/2013)

Art. 47. O profissional médico deverá atuar como integrante de ESF pelo período de, no mínimo, 1 (um) ano ininterrupto como requisito para requerer o abatimento mensal do saldo devedor consolidado do financiamento concedido com recursos do FIES. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-A)

Art. 48. Para requerer o abatimento de que trata esta Seção, o profissional médico preencherá solicitação expressa, em sistema informatizado específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, contendo, dentre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B)

I - nome completo; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, I)

II - CPF; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, II)

III - data de nascimento; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, III)

IV - correio eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, IV)

§ 1º Os gestores de saúde dos Municípios e do Distrito Federal deverão confirmar que o solicitante está em exercício ativo das suas atividades como médico integrante da ESF. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 1º)

§ 2º Recebida a solicitação, o Ministério da Saúde comunicará ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação, a relação de médicos considerados aptos para a concessão do abatimento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 2º)

§ 3º Após ser comunicado, nos termos do §2º, o FNDE notificará o agente financeiro responsável para a suspensão da cobrança das prestações referentes à amortização do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 3º)

§ 4º Anualmente, as informações sobre o exercício ativo do profissional médico integrante da ESF deverão ser atualizadas pelo financiado e validadas pelos respectivos gestores de saúde dos Municípios e do Distrito Federal, nos termos do §5º. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 4º)

§ 5º O abatimento mensal de que trata este artigo será operacionalizado anualmente pelo FNDE. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 5º)

Art. 49. Os critérios e as relações das áreas e regiões e das especialidades médicas prioritárias poderão sofrer alterações e revisões periódicas de acordo com as necessidades do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 6º)

Parágrafo Único. A alteração de que trata o "caput" não se aplica àquele já em gozo da extensão do prazo de carência e do abatimento do saldo devedor consolidado do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 6º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 203/2013)

Seção II

Das especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico

Art. 50. Ficam instituídas as especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 1º)

Art. 51. A instituição das especificações "preceptor" e "residente" de que trata o art. 50 tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º)

I - identificar os médicos residentes e seus preceptores no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins de pagamento dos incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família e acompanhamento das atividades desempenhadas no âmbito da residência médica; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º, I)

II - estimular a ocupação das vagas atualmente disponíveis nos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 52. É obrigatório o cadastramento no SCNES pelas Secretarias de Saúde distrital e municipais dos médicos residentes e preceptores nas diversas modalidades de Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 3º)

Art. 53. As Secretarias de Saúde distrital e municipais poderão cadastrar no SCNES médicos residentes nas modalidades de Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica em compatibilidade com a carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais de atuação dos médicos residentes na Unidade Básica de Saúde (UBS) nos termos da Resolução nº 2, de 17 de maio de 2006, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. A cobertura populacional da Equipe de Saúde da Família com médico residente deve ser de, no máximo, o mínimo recomendado na Política Nacional de Atenção Básica, considerando as diversas modalidades previstas de equipes. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 54. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º)

I - cadastrar os médicos residentes e seus preceptores no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, I)

II - adequar a cobertura populacional conforme modalidade de Equipe de Saúde da Família e limite de usuários por equipe com médico residente; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, II)

III - assegurar o cumprimento mínimo das 30 (trinta) horas semanais de atuação pelo médico residente na Equipe de Saúde da Família, em atendimento ao disposto na Resolução nº 2/CNRM, de 2006; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, III)

IV - atender aos compromissos e contratualizações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de que trata a Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, IV)

V - viabilizar adequadas condições de trabalho e ambiência aos médicos residentes e seus preceptores, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica, com adesão, se necessário, ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma, de que trata a Seção I do Capítulo II do Título II da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, V)

VI - apoiar os preceptores no seu aprimoramento técnico-científico, sempre que necessário, para melhor desenvolvimento de suas funções, por meio da inclusão em processos de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VI)

VII - cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VII)

VIII - conceder, se possível, aos médicos residentes a mesma remuneração conferida aos médicos que trabalham na Atenção Básica com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, considerando-se a proporcionalidade da carga horária de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VIII)

IX - estimular e apoiar a participação das Equipes de Saúde da Família que possuam médicos residentes do PRMFC no PMAQ-AB. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, IX)

Art. 55. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º)

I - monitorar e acompanhar o desenvolvimento dos PRMFC; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, I)

II - fomentar a formação de especialistas no Estado como estratégia de fixação dos profissionais, buscando modificar o quadro de ociosidade dos PRMFC e a força de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, II)

III - cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, III)

IV - promover a inclusão dos preceptores em processos de educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, IV)

V - avaliar e monitorar a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, V)

Art. 56. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º)

I - adequar o SCNES conforme as disposições desta Seção; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, I)

II - avaliar e monitorar a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, II)

III - habilitar a participação das Equipes de Saúde da Família que possuam médicos residentes do PRMFC no PMAQ-AB a partir da solicitação de adesão realizada pelas Secretarias de Saúde distrital e municipais e Equipes de Saúde da Família, considerando-se, ainda, o atendimento das regras previstas na Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, III)

IV - priorizar a entrada das Equipes de Saúde da Família com médicos residentes no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, mantidos os critérios de seleção ao programa; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, IV)

V - efetuar o custeio das bolsas pagas aos médicos residentes em atuação, conforme vagas e programas aprovados no Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA), criado pela Portaria Interministerial nº 1.001 MEC-MS, de 22 de outubro de 2009. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, V)

Art. 57. Os gestores de saúde federal, estaduais, distrital e municipais deverão promover a articulação dos PRMFC com os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e incentivar a integração dos PRMFC com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional Telessaúde Brasil REDES (Telessaúde Brasil Redes) e o internato médico nas UBS com PRMFC. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 8º)

Art. 58. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) regulamentará os meios para identificação dos médicos residentes e seus preceptores no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 9º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXII

Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

1- PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1- Princípios

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

1.2- Diretrizes

- Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

IV- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

V - Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI.- Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII.- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VIII.- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX.- Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

2- A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o Distrito Federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locorregionais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;

b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e

c. Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

3- INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território.

3.1. Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

3.2. Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. Consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outro ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com:

Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-X para radiografias periapicais e interproximais; aventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micro-motor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico; unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.

3.3 - Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se :

i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

ii) - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

iii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: População/2.000.

iv)- Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

- Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e

- Padrões Ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas instâncias interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica.

Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS.

A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.

Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se que também realizarem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade. Os serviços dos padrões essenciais, bem

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o País, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar de forma mais flexível às necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locorregionais.

As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da RAS.

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:

- Identificação e horário de atendimento;

- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;

- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;

- Relação de serviços disponíveis; e

- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

3.4- Tipos de Equipes:

1.- Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

~~2.- Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.~~

~~As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.~~

~~A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.~~

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

~~A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).~~

~~Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.~~

2. Equipe de Atenção Primária - eAP: a eAP difere da equipe de Saúde da Família - eSF em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada município, e deverá observar as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

As eAP deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade e enfermeiros preferencialmente especialistas em saúde da família cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

As eAP poderão ser de duas modalidades, de acordo com a carga horária: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade I: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade II: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Não se aplica aos profissionais da eAP a vedação à participação em mais de uma eAP ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

O cadastro das eAP no SCNES deverá observar os mesmos códigos para o cadastro das eSF. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

As citações à Equipe de Atenção Básica - eAB feitas nesta portaria e em outros atos normativos devem ser interpretadas, no que couber, como referências à Equipe de Atenção Primária - eAP. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

3.- Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;

Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

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

De modo a atender às características e necessidades de cada município, poderão também ser compostas eSB na modalidade I com carga horária diferenciada, nos seguintes termos: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade I-20h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade I-30h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Não se aplica aos profissionais da eSB na modalidade I com carga horária diferenciada a vedação à participação em mais de uma eSB ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

4- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do territórios.

5- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

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

a. a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

b. o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

c. o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;

d. o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

e. cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;

g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e

h. cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5- Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde.

Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde à populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território. Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

3.6- ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1.- Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do País:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As ESFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação.

As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que servem para atuação das eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os NASF-AB

Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

a. até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b. até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

1.- Equipe de Consultório na Rua (eCR) - equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b. Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica.

Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.

O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma específica.

Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Nasf-AB) do território onde estas pessoas estão concentradas.

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

As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

1.- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

4- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1. Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

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

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX .Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XXIV-A Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

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

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.1- Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2- Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

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

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3- Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

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

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

V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

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

XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4- Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

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

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.-Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5- Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6- Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

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

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobrem a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

5- DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I.- Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II.- Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III.- Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV.- Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V.- Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo a acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI.- O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como:

1- consulta ou procedimento imediato;

1-A. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;

2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;

3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;

4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e

5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII.- Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII.- Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII.- Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX.- Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X.- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI.- Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

XII.- Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quartenária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

a. vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;

c. vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e

d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

XIII.- Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV.- Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

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

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

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade/demanda da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII.- Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII.- Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX.- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6 - DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I.- Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II.- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III.- Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV.- Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V.- Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I - Recurso per capita:

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

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

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

3. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o número de equipe de Saúde Bucal (eSB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

4. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

4.1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

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

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

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica. Assim como, os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

4.3. Equipes Consultório na Rua (eCR)

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

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será definido em portaria específica.

5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF-AB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou 3) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

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

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item B tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem transferir os dados mensalmente, para o Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES.

III - Do credenciamento

~~Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:~~

~~I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios/Distrito Federal;~~

~~a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;~~

~~b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal; e~~

~~c. As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.~~

~~II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:~~

~~a. Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e~~

~~b. após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.~~

~~Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.~~

~~III - O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e~~

~~IV - Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde , num prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.~~

~~Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.~~

Deve estar previsto no Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, devidamente aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal, diretriz, meta, objetivo ou ação relacionada à qualificação e/ou aumento de cobertura de serviços de saúde vinculados à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS) no município ou Distrito Federal. A escolha do serviço de saúde de acordo com as tipologias regimentadas pela SAPS, assim como sua forma de contratação é de decisão do gestor municipal ou distrital. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)

~~O gestor municipal ou distrital deverá encaminhar ao Ministério da Saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)~~

~~1. Solicitação de credenciamento de serviços e equipes, conforme modelo a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde, via ofício ou por meio de sistema de informação específico; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)~~

~~2. Cópia do ofício enviado ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite para conhecimento da solicitação de credenciamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

O gestor municipal ou distrital deverá: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.119 de 27.11.2019)

~~1. Solicitar ao Ministério da Saúde o credenciamento de serviços e equipes, conforme modelo a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde, via ofício ou por meio de sistema de informação específico; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.119 de 27.11.2019)~~

1. Solicitar ao Ministério da Saúde o credenciamento de equipes e serviços por meio de sistema de informação específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, conforme fluxos para solicitação estabelecidos em Nota Técnica elaborada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 242 de 13.03.2023)

2. Dar ciência ao Ministério da Saúde do envio de documento ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite para conhecimento da solicitação de credenciamento (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.119 de 27.11.2019)

Aplicam-se integralmente as disposições acima a todas as estratégias do Departamento de Saúde da Família e Secretaria de Atenção Primária à Saúde, com exceção das equipes de saúde da família ribeirinhas e unidade de saúde fluvial ou outras que exijam análise técnica específica. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)

~~O Ministério da Saúde realizará análise do pleito de acordo com critérios técnicos e disponibilidade orçamentária. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)~~

O Ministério da Saúde realizará análise do pleito de acordo com a disponibilidade orçamentária e com os seguintes critérios técnicos: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

a. critério de exclusão: solicitações que superem o teto do município ou DF, considerado como o número máximo de equipes, serviços e programas que podem ser financiados pelo Ministério da Saúde, conforme as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das respectivas ações, programas e estratégias da Atenção Primária à saúde (APS); (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

b. critérios de priorização: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

b.1. solicitações de entes federativos em situação de vulnerabilidade socioeconômica e de perfil demográfico, de acordo aos critérios aplicados para cálculo do Incentivo Financeiro de Capitação Ponderada referente ao financiamento de custeio da APS, conforme a Seção II do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

b.2. solicitações de entes federativos com menor cobertura da Atenção Primária à Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

b.3. solicitações referentes a equipes, serviços e programas da Atenção Primária à Saúde em funcionamento e ainda não credenciados ou sem adesão homologada pelo Ministério da Saúde, devidamente cadastrados no SCNES, atendendo as regras de composição e carga horária profissional, conforme Portaria SAPS/MS nº 60, de 26 de novembro de 2020; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

b.4. quantidade de solicitações do ente federativo de credenciamento ou de adesão de equipes, serviços e programas da Atenção Primária à Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

§ 1º A aplicação dos critérios de priorização definirá a posição do município para análise técnica, observada a metodologia disponibilizada no endereço eletrônico "https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/credenciamentos/" que considerará os seguintes pesos: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

I - peso 2 (dois) para os critérios elencados nos itens b.1 e b.2; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

II - peso 1 (um) para os critérios elencados nos itens b.3 e b.4. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

§ 2º Os entes federativos que tiverem solicitação de credenciamento ou de adesão indeferida poderão realizar novas solicitações, observado os critérios acima elencados. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

~~Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal e distrital deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), num prazo máximo de 4 (quatro) competências, a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido. Os municípios que necessitarem de mais tempo para o cadastro das novas equipes e serviços no CNES deverão enviar ofício ao Ministério da Saúde solicitando prorrogação de prazo, de até 2 (duas) competências, devendo esta solicitação chegar dentro do período dos 4 (quatro) competências após a publicação da Portaria de credenciamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)~~

~~Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal e distrital deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), num prazo máximo de 6 (seis) competências, a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 804 de 14.04.2020)~~

No prazo de até 3 (três) competências, a contar da data de publicação da portaria de credenciamento das novas equipes e serviços no Diário Oficial da União, a gestão municipal e distrital deverá cadastrá-los no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, sob pena de descredenciamento no caso de não cumprimento do prazo. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 242 de 13.03.2023)

Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, isto é, todos os serviços vinculados à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios e Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Primária à Saúde vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)

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

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, conforme normatização vigente; e

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II :

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

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

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

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

IV.- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único. A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2 - Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;

- realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; e

- enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo, acompanhado do anexo referido no item I e documentação necessária a depender do motivo da suspensão.

Parágrafo único: as orientações sobre a documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação.

~~ANEXO 2 DO ANEXO XXII~~

~~Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Anexo 1)~~

(Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição:~~

~~UF~~	~~Estado~~	~~Teto financeiro por estado~~
~~DF~~	~~DISTRITO FEDERAL~~	~~R$ 73.600,00~~
~~GO~~	~~GOIÁS~~	~~R$ 864.000,00~~
~~MT~~	~~MATO GROSSO~~	~~R$ 454.400,00~~
~~MS~~	~~MATO GROSSO DO SUL~~	~~R$ 339.200,00~~
~~AL~~	~~ALAGOAS~~	~~R$ 614.400,00~~
~~BA~~	~~BAHIA~~	~~R$ 2.064.000,00~~
~~CE~~	~~CEARÁ~~	~~R$ 1.462.400,00~~
~~MA~~	~~MARANHÃO~~	~~R$ 1.456.000,00~~
~~PB~~	~~PARAÍBA~~	~~R$ 1.033.600,00~~
~~PE~~	~~PERNAMBUCO~~	~~R$ 1.500.800,00~~
~~PI~~	~~PIAUÍ~~	~~R$ 892.800,00~~
~~RN~~	~~RIO GRANDE DO NORTE~~	~~R$ 710.400,00~~
~~SE~~	~~SERGIPE~~	~~R$ 454.400,00~~
~~AC~~	~~ACRE~~	~~R$ 108.800,00~~
~~AP~~	~~AMAPÁ~~	~~R$ 118.400,00~~
~~AM~~	~~AMAZONAS~~	~~R$ 422.400,00~~
~~PA~~	~~PARÁ~~	~~R$ 720.000,00~~
~~RO~~	~~RONDÔNIA~~	~~R$ 185.600,00~~
~~RR~~	~~RORAIMA~~	~~R$ 80.000,00~~
~~TO~~	~~TOCANTINS~~	~~R$ 313.600,00~~
~~ES~~	~~ESPÍRITO SANTO~~	~~R$ 448.000,00~~
~~MG~~	~~MINAS GERAIS~~	~~R$ 3.340.800,00~~
~~RJ~~	~~RIO DE JANEIRO~~	~~R$ 1.222.400,00~~
~~SP~~	~~SÃO PAULO~~	~~R$ 2.643.200,00~~
~~PR~~	~~PARANÁ~~	~~R$ 1.411.200,00~~
~~RS~~	~~RIO GRANDE DO SUL~~	~~R$ 985.600,00~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

SC	SANTA CATARINA	R$ 1.078.400,00
Brasil	Total	R$ 24.998.400,00

ANEXO 3 DO ANEXO XXII

Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da Família (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Anexo 2)

(Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da FamíliaCaracterização Geral

Município _____

UF _____

Código IBGE_____

1.Número total de equipes de SF do Município:

2.Número de equipes de Saúde da Família que estarão incorporando ACE:

3.Identificação das equipe(s) de Saúde da Família que estarão incorporando ACE:

a) Nome da equipe e número no SCNES

b) Nome da equipe e número no SCNES

c) (identificar todas as equipes)

4.Modalidade das equipes de Saúde da Família referida no item 2

Número de equipes Modalidade I:

Número de equipes Modalidade II:

5.Descrição do processo de trabalho a ser implementado:

Local e Data:

_____

Secretário Municipal de Saúde

(Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

ANEXO 4 DO ANEXO XXII

Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Anexo 1)

Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro

UF	Cód. Município	Município	Total Total
RO	110002	ARIQUEMES	11
RO	110010	GUAJARÁ-MIRIM	5
RO	110013	MACHADINHO D'OESTE	4
RO	110020	PORTO VELHO	21
RO	110026	RIOCRESPO	1
RO	110033	NOVA MAMORE	2
RO	110040	ALTO PARAISO	3
RO	110045	BURITIS	7
RO	110070	CAMPO NOVO DE RONDONIA	3
RO	110080	CANDEIAS DO JAMARI	3
RO	110094	CUJUBIM	2
RO	110110	ITAPUA DO OESTE	2
RO	110160	THEOBROMA	4
RO	110175	VALEDOANARI	2
AC	120001	ACRELANDIA	3
AC	120020	CRUZEIRO DO SUL	13
AC	120033	MANCIO LIMA	2
AC	120038	PLACIDO DE CASTRO	4
AC	120039	PORTO WALTER	1
AC	120042	RODRIGUES ALVES	3
AC	120060	TARAUACA	5
AM	130140	EIRUNEPÉ	10
AM	130220	JURUÁ	3
AM	130280	MARAA	7
AM	130370	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	11
AM	130390	SAO PAULO DE OLIVENÇA	4
AM	130002	ALVARAES	4
AM	130014	APUÍ	5
AM	130020	ATALAIA DO NORTE	2
AM	130030	AUTAZES	7
AM	130040	BARCELOS	5
AM	130063	BERURI	3
AM	130080	BORBA	13
AM	130083	CAAPIRANGA	2

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

AM	130090	CANUTAMA	4
AM	130110	CAREIRO	9
AM	130115	CAREIRO DA VÁRZEA	3
AM	130120	COARI	18
AM	130165	GUAJARA	3
AM	130170	HUMAITÁ	8
AM	130180	IPIXUNA	4
AM	130185	IRANDUBA	9
AM	130190	ITACOATIARA	15
AM	130200	ITAPIRANGA	2
AM	130230	JUTAÍ	7
AM	130240	LABREA	6
AM	130250	MANACAPURU	18
AM	130255	MANAQUIRI	5
AM	130260	MANAUS	42
AM	130270	MAN ICORE	9
AM	130320	NOVO AIRAO	2
AM	130330	NOVO ARIPUANA	5
AM	130353	PRESIDENTE FIGUEIREDO	5
AM	130356	RIO PRETO DA EVA	7
AM	130360	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	3
AM	130380	SAO GABRIEL DA CACHOEIRA	9
AM	130395	SAO SEBASTIAO DO UATUMA	2
AM	130400	SILVES	1
AM	130410	TAPAUÁ	3
AM	130420	TEFE	14
AM	130426	UARINI	2
RR	140002	AMAJARI	2
RR	140015	BONFIM	3
RR	140017	CANTA	2
RR	140020	CARACARAÍ	3
RR	140023	CAROEBE	1
RR	140028	IRACEMA	2
RR	140030	MUCAJAÍ	3
RR	140047	RORAINOPOLIS	2
RR	140050	SAO JOAO DA BALIZA	1
PA	150530	ORIXIMINA	11
PA	150470	MOJU	15
PA	150345	IPIXUNA DO PARA	5
PA	150060	ALTAMIRA	11
PA	150070	ANAJAS	3
PA	150085	ANAPU	3
PA	150195	CACHOEIRA DE PIRIA	6
PA	150309	GOIANESIA DO PARA	4
PA	150360	ITAITUBA	24
PA	150375	JACAREACANGA	3
PA	150503	NOVO PROGRESSO	2
PA	150548	PACAJA	10
PA	150550	PARAGOMINAS	13
PA	150600	PRAINHA	6
PA	150780	SENADOR JOSE PORFIRIO	3
PA	150810	TUCURUI	13
AP	160005	SERRA DO NAVIO	1
AP	160015	PEDRA BRANCA DO AMAPARI	2
AP	160020	CALCOENE	1
AP	160023	FERREIRA GOMES	1
AP	160040	MAZAGAO	4
AP	160050	OIAPOQUE	3
AP	160053	PORTO GRANDE	2
AP	160070	TARTARUGALZINHO	1
MT	510325	COLNIZA	5
MT	510757	RON DOLANDIA	1

ANEXO 5 DO ANEXO XXII

Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Anexo 2)

Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica

São ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF E/OU Equipes de agentes comunitários de Saúde.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A - COLETAR MATERIAL BIOLÓGICO

1. Atender o paciente;

2. Ponderar o pedido de exame;

3. Certificar-se do preparo do paciente;

4. Posicionar o paciente de acordo com o exame;

5. Identificar o material biológico do paciente;

6. Efetuar assepsia na região de coleta;

7. Puncionar polpa digital;

8. Acondicionar amostra para transporte.

B - RECEBER MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confrontar material biológico com o pedido;

2. Conferir as condições do material biológico.

C - PREPARAR AMOSTRA DO MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confeccionar lâminas (esfregaço);

2. Preparo do esfregaço delgado, quando indicado;

3. Corar lâminas.

D - AJUSTAR EQUIPAMENTOS ANALÍTICOS E DE SUPORTE

1. Executar manutenção preventiva do equipamento;

2. Calibrar o equipamento;

3. Ao final do dia, fazer manutenção e limpeza do microscópio;

4. Providenciar manutenção corretiva do equipamento.

E - REALIZAR EXAMES CONFORME O PROTOCOLO

1. Dosar volumetria de reagentes e soluções para exames;

2. Realizar análise macroscópica;

3. Avaliar a qualidade de coloração da gota espessa;

4. Avalair a qualidade de coloração do esfregaço;

5. Identificar a parasitemia para a malária e demais agravos passíveis de diagnóstico por meio do exame da gota espessa, aos quais estiver capacitado;

6. Realizar análise microscópica e quantificação da parasitemia;

7. Uso de testes rápidos para o diagnóstico de malária (quando se aplica);

8. Comparar resultados com os parâmetros de normalidade;

9. Dispensar ao paciente com malária os medicamentos necessários ao tratamento, de acordo com a espécie parasitária identificada no exame microscópico, conforme preconiza o Manual de Terapêutica da Malária do Ministério da Saúde, se necessário;

10. Comparar o resultado do exame com resultados anteriores;

11. Comparar resultado do exame com os dados clínicos do paciente;

12. Liberar exames para responsável que estiver acompanhando o paciente.

F - ADMINISTRAR O SETOR

1. Organizar o fluxograma de trabalho juntamente com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde;

2. Organizar o local de trabalho;

3. Gerenciar estoque de insumos;

4. Abastecer o setor;

5. Armazenar as amostras;

6. Consumir os kits por ordem de validade;

7. Encaminhar equipamento para manutenção;

8. Participar e promover atividades de capacitação e educação permanente junto à Equipe de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde;

9. Supervisionar as atividades de coleta de exames de gota espessa realizadas pela equipe de Agentes Comunitários de Saúde;

10. Elaborar controles estatísticos e epidemiológicos por meio das fichas do SIVEP - Malária.

G - TRABALHAR COM SEGURANÇA E QUALIDADE

1. Usar equipamento de proteção individual (EPI);

2. Seguir procedimentos e protocolos em caso de acidente;

3. Submeter-se a exames de saúde periódicos;

4. Tomar vacinas;

5. Aplicar normas complementares de biossegurança;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

6. Verificar as condições de uso do equipamento;

7. Acondicionar material para descarte;

8. Descartar resíduos químicos e biológicos;

9.Verificar a validade dos reagentes;

10. Descartar kits com validade vencida;

11. Precaver-se contra efeitos adversos dos produtos;

12. Desinfectar instrumental e equipamentos.

H - COMUNICAR-SE

1. Dialogar com o paciente;

2. Orientar o paciente sobre os procedimentos da coleta do material;

3. Registrar a ação da coleta;

4. Anotação do resultado no Boletim de Notificação de Casos de Malária:

a. Método tradicional em cruzes (avaliação semiquantitativa);

B. Método de avaliação quantitativa pela contagem de 100 campos microscópicos.

5. Registrar a medicação que o paciente está tomando no Boletim do SIVEP-Malária;

6. Anotação do resultado no "Livro do Laboratório";

7. Envio das lâminas examinadas para o Laboratório de Revisão (100% das lâminas positivas e 10% das lâminas negativas);

8. Enviar os Boletins de Notificação de Casos de Malária para digitação;

9. Trocar informações técnicas;

10. Consultar o médico, se necessário;

11. Realizar investigação do caso (UF provável de infecção; Município provável de infecção; localidade provável de infecção) junto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, quando necessário;

12. Ao suspeitar de malária grave, providenciar, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, o encaminhamento urgente do doente para a assistência médico-hospitalar;

13. Se o resultado for negativo, encaminhar o paciente à unidade de saúde de referência para o esclarecimento diagnóstico;

14. Fazer o agendamento para o acompanhamento com as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), se necessário;

15. Solicitar material ao almoxarifado;

16. Transcrever resultados observados

ANEXO XXIII

Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Origem: PRT MS/GM 1044/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Art. 2º Poderão aderir, voluntariamente, à política ora instituída, os Municípios e Estados que tiverem sob sua gestão estabelecimento hospitalar que preencha os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º)

I - ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, I)

II - estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, II)

III - possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, III)

IV - estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, IV)

Art. 3º São requisitos necessários para a adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º)

I - estar habilitado segundo as condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional da Assistência - NOB/96 ou na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS - 01/2002; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, I)

II - comprovar a operação do Fundo de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, II)

III - comprovar o funcionamento do Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, III)

IV - apresentar Plano de Trabalho aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, IV)

V - formalizar Termo de Adesão junto ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, V)

Parágrafo Único. As orientações para o desenvolvimento do Termo de Adesão e do Plano de Trabalho serão objeto de Instrução Normativa a ser publicada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá aos estabelecimentos de saúde, de acordo com normatização vigente: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º)

I - adequar o seu perfil assistencial, preferencialmente para: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

a) especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica); (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, a)

b) saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, b)

c) pequenas cirurgias, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, c)

d) urgência e emergência, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes e como integrante do sistema regional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, d)

II - participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, de acordo com a realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, II)

III - participar da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, III)

IV - cumprir o Contrato de Metas firmado com o gestor local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, IV)

V - desenvolver ações de qualificação da gestão hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, V)

VI - regularizar e manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VI)

VII - participar na composição do Conselho Gestor do Contrato de Metas; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VII)

VIII - alimentar, sistematicamente, os sistemas de informações do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VIII)

Parágrafo Único. O perfil assistencial dos Hospitais de Pequeno Porte poderá ser adequado de forma alternativa, a critério do gestor de saúde, desde que sejam respeitados os requisitos técnicos e a legislação pertinente nas áreas fins. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A oferta quantitativa de leitos dos Hospitais de Pequeno Porte será ajustada tomando como parâmetro: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º)

I - a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 5% da população da área de abrangência/ano; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, I)

II - taxa de ocupação de 80%; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, II)

III - média de permanência de 5 dias. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, III)

§ 1º Os parâmetros de que trata este artigo expressam-se na fórmula Necessidade de Leitos = Necessidade de Internações Programadas/Capacidade de Internação por Leito, conforme orientações do Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Esses parâmetros serão reavaliados periodicamente pelo Ministério da Saúde, podendo ser atualizados na medida da necessidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá ao responsável pela gestão do sistema hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º)

I - apresentar diagnóstico da rede hospitalar e sua integração com o sistema de atenção local e regional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, I)

II - elaborar Plano de Trabalho a ser submetido ao respectivo Conselho de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, contendo o detalhamento das metas, ações e programações a serem implementadas nas unidades de saúde que preencherem os critérios de seleção; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, II)

III - desenvolver a capacitação institucional e modernização da gestão visando à qualificação permanente das ações integradas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, III)

IV - pactuar com os gestores municipal e estadual os mecanismos de referência e contra-referência para atendimento à população em sua microrregião, em consonância com as diretrizes da regionalização dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, IV)

V - elaborar relatório semestral contendo avaliação das ações realizadas, a ser apresentado ao respectivo Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, V)

VI - acompanhar e avaliar o desempenho dos estabelecimentos de saúde e o cumprimento do Contrato de Metas; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VI)

VII - monitorar a alimentação das informações nos bancos de dados do SUS, por parte dos estabelecimentos de saúde contratados; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VII)

VIII - garantir a integração do hospital com a rede de atenção básica e a implementação das políticas de saúde prioritárias do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, aos Estados caberá: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º)

I - oferecer cooperação e assessoria técnica aos municípios para a elaboração do diagnóstico e dos "Planos de Trabalho"; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, I)

II - desenvolver e implementar projetos estratégicos para a capacitação de gestores municipais e gerentes das unidades hospitalares de pequeno porte; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, II)

III - encaminhar ao Ministério da Saúde, após apreciação pela CIB, a formalização da adesão do Estado à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte e os Planos de Trabalho formulados pelos Municípios ou pelo próprio Estado; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, III)

IV - participar no financiamento, conforme estabelecido no art. 10, § 1º ; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, IV)

V - acompanhar, supervisionar e avaliar os projetos, encaminhando ao Ministério da Saúde os relatórios semestrais contendo avaliação do impacto das ações realizadas; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, V)

VI - estimular o processo de descentralização das unidades sob gestão estadual. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 8º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, ao Ministério da Saúde caberá: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º)

I - implementar políticas e estratégias em conjunto com Estados e municípios, resultantes da pactuação entre as três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, I)

II - oferecer assessoria técnica a Estados e municípios para a elaboração e implantação dos Planos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, II)

III - desenvolver e implementar projetos estratégicos, em parceria com Estados e municípios, para a capacitação de gestores estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, III)

IV - monitorar, controlar e avaliar a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, IV)

V - analisar e encaminhar os projetos para homologação na Comissão Intergestores Tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, V)

VI - aprimorar e utilizar os sistemas de informação existentes para o acompanhamento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, VI)

Art. 9º A alocação de recursos de custeio aos estabelecimentos de saúde que atenderem aos critérios definidos no art. 2º será efetuada por Orçamento Global, mediante Contrato de Metas. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º)

§ 1º O valor correspondente ao custeio global dos hospitais de pequeno porte, em conformidade com o art. 5º, será normatizado pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O repasse dos recursos de custeio será realizado de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos Estaduais e Municipais, de acordo com as normas vigentes para tal finalidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A adesão e o valor de contrato destinado a cada estabelecimento de saúde, bem como os valores a serem repassados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde serão publicados no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 3º)

Art. 10. O Ministério da Saúde utilizará como base para a execução da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte o montante de recursos utilizados para o pagamento da produção apresentada pelos estabelecimentos de saúde no ano de 2003, acrescido do impacto financeiro de todos os reajustes concedidos até a data da contratação desses hospitais. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10)

§ 1º Os recursos financeiros necessários à cobertura da diferença entre o faturamento SUS pago no ano de 2003 para cada estabelecimento e o valor previsto para a orçamentação global por meio do Contrato de Metas serão divididos igualmente entre o Ministério da Saúde e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, poderão ser apresentadas, para apreciação e deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), propostas de custeio prevendo a participação de municípios, pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10, § 2º)

Art. 11. Os recursos financeiros de investimento necessários deverão estar em conformidade com o Plano Diretor de Investimentos dos Estados. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 11)

Parágrafo Único. Os projetos de investimento deverão ser apresentados de acordo com a Cartilha de Apresentação de Propostas do Ministério da Saúde, mediante a Celebração de Convênios e Instrumentos Congêneres, conforme a normatização vigente e disponível no endereço eletrônico portalfns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 12. O acompanhamento do Contrato de Metas será realizado por Conselho Gestor a ser instituído pelo respectivo Conselho de Saúde ou por Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas no âmbito do respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 12)

Parágrafo Único. O Órgão Colegiado de Acompanhamento de que trata o caput deste artigo deverá efetuar o acompanhamento mensal do Contrato de Metas e avaliar os relatórios semestrais das atividades desenvolvidas pelo estabelecimento de saúde, incluindo a análise de documentos contábeis, balancetes e outros julgados cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 13. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) definirá, em portaria complementar, os parâmetros e indicadores para acompanhamento e avaliação de desempenho dos estabelecimentos de saúde, visando à manutenção do repasse de recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13)

§ 1º O não cumprimento das obrigações previstas na Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte e no Contrato de Metas implicará na suspensão das transferências financeiras pactuadas. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde apresentará, para aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite, a desqualificação dos Estados e municípios que não comprovarem o cumprimento de suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13, § 2º)

Art. 14. Fica vedado o credenciamento pelo SUS de novos hospitais de pequeno porte em todo o território nacional, bem como o investimento do SUS para construção desse tipo de unidade, levando em consideração os parâmetros de necessidade de leitos, e o disposto no art. 5º. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 14)

Art. 15. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias para a operacionalização da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 15)

CAPÍTULO II
DA PARTICIPAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Seção I
Disposições Gerais

Art. 16. A critério dos gestores estaduais e municipais de saúde, fica facultada a participação de estabelecimentos de saúde na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte que detenham as características constantes dos itens abaixo, desde que cumpridos os demais critérios de seleção estabelecidos pelo Anexo XXIII: (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º)

I - estabelecimentos de saúde com mais de 30 leitos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, após o ajuste de leitos definidos pelo art. 5º apresentar necessidade de até 30 leitos; (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, I)

II - estabelecimentos de saúde que estão localizados em municípios com cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) menor que 70% poderão apresentar planos de trabalho para adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, a vigência do efeito financeiro só terá início mediante a adequação da cobertura do PSF maior que

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

70%, comprovada por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB; e (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, II)

III - estabelecimentos de saúde que apresentam valores financeiros da AIH 2004 maior que o definido pela Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, poderão aderir, considerando a base da AIH 2004 como seu valor de custeio correspondente. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, III)

Art. 17. O disposto no art. 14 não se aplica aos estabelecimentos de saúde públicos e filantrópicos, construídos, até a data de publicação da Portaria nº 852/GM/MS, de 07 de junho de 2005, e operacionalizados com recursos públicos, ainda não cadastrados no CNES, e considerados relevantes para o sistema local de saúde pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 2º)

Parágrafo Único. As unidades que se enquadram no disposto neste artigo deverão aderir à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, mediante justificativa do gestor estadual de saúde, apresentada à Secretaria de Atenção à Saúde, para análise aprovação e registro no CNES. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 2º, Parágrafo Único)

Seção II

Dos critérios da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte dos estados participantes da Amazônia Legal

Art. 18. Para a alocação de recursos financeiros dos hospitais de Pequeno Porte dos estados integrantes da região da Amazônia Legal, será considerada a oferta quantitativa do ajuste de leitos/necessidade de leitos, conforme o definido no Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1, tomando como parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º)

I - a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 6% da população da área de abrangência/ano; (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, I)

II - taxa de ocupação de 80%; e (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, II)

III - média de permanência de 5 dias. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, III)

Art. 19. Poderão aderir à Política Nacional, a critério dos gestores estaduais e municipais de saúde, os hospitais de pequeno porte da Amazônia Legal localizados em municípios que ainda não atingiram a cobertura mínima de 70% por Equipes de Saúde da Família (ESF). (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 2º)

Parágrafo Único. A adequação do critério de cobertura populacional por ESF terá efeito para estados/municípios que apresentem em seus planos municipais de saúde ações e metas progressivas de qualificação da atenção básica, demonstrando a integração/interface entre a atenção básica e a atenção hospitalar, nesse nível de complexidade, dentro da lógica do Pacto de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 20. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) será a instância de pactuação, avaliação e deliberação da análise e definição das propostas apresentadas com vistas à participação dos estabelecimentos de saúde/municípios na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte da Amazônia Legal. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 3º)

ANEXO XXIV

Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Origem: PRT MS/GM 3390/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º)

Art. 2º As disposições regulamentares da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 2º)

Art. 3º Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica especifica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 3º)

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS locorregional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º)

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º Para efeito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), considera-se: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º)

I - acessibilidade hospitalar: a condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos do hospital por uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, I)

II - acolhimento: a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, II)

III - apoio matricial: o suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, III)

IV - auditoria clínica: a análise crítica e sistemática da qualidade de atenção à saúde prestada no hospital, incluindo-se os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, uso dos recursos e os resultados para os usuários; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, IV)

V - classificação de risco: protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, V)

VI - clínica ampliada: dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VI)

VII - diretrizes terapêuticas: recomendações desenvolvidas de modo sistemático para auxiliar os profissionais de saúde e usuários no momento da tomada de decisões acerca de circunstâncias clínicas específicas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VII)

VIII - gerência: administração de uma unidade ou órgão de saúde, tais como ambulatório, hospital, instituto e fundação, que se caracteriza como prestador de serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VIII)

IX - gestão: atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde municipal, distrital, estadual ou nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, envolvendo as macrofunções de formulação de políticas/planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados e prestação direta de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, IX)

X - gestão da clínica: práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos usuários por meio da gestão de leitos, corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, X)

XI - gerenciamento de leitos: dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XI)

XII - horizontalização do cuidado: a forma de organização do trabalho em saúde, na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XII)

XIII - linha de cuidado: a estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIII)

XIV - Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIV)

XV - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH): Núcleo composto por profissionais das diversas áreas do hospital cuja finalidade é a garantia da qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências na forma do Título I do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XV)

XVI - modelo de atenção: forma como é organizado o sistema de saúde a partir da compreensão do processo de saúde e doença, do modo como se organiza a oferta de serviços e suas formas de intervenção por meio dos modelos de práticas profissionais e institucionais estruturadas para o atendimento de necessidades individuais e coletivas, específicas para um determinado contexto histórico e social; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVI)

XVII - Plano Terapêutico: plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVII)

XVIII - ponto de atenção: espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, como uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade de atenção paliativa, etc.; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVIII)

XIX - prontuário único: o conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIX)

XX - Portas Hospitalares de Urgência e Emergência: serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, etc.; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XX)

XXI - protocolo clínico: documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXI)

XXII - RAS: malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXII)

XXIII - visita aberta: o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXIII)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO II)

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º)

I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, I)

II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, II)

III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, III)

IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IV)

V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, V)

VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VII)

VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VIII)

IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IX)

X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, X)

XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XI)

XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XII)

XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIII)

XIV - monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIV)

CAPÍTULO III
DOS EIXOS ESTRUTURANTES
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III)

Art. 7º São eixos estruturantes da PNHOSP: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º)

I - Assistência Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, I)

II - Gestão Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, II)

III - Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, III)

IV - Financiamento; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, IV)

V - Contratualização; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, V)

VI - Responsabilidades das Esferas de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, VI)

Seção I
Do Eixo de Assistência Hospitalar
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 8º A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 8º)

Art. 9º A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras politicas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 9º)

Art. 10. A assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas, será prestada em Regime de Hospital Dia, nos termos do Anexo 1.

Art. 11. O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10)

§ 1º O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonancia com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 2º)

§ 3º A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 3º)

Art. 12. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11)

§ 1º A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 2º)

§ 3º A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 3º)

§ 4º O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 4º)

§ 5º As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 5º)

§ 6º O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 6º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

§ 7º Cabe ao hospital implantar os núcleos de Segurança do Paciente nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, de forma a elaborar um Plano de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 7º)

§ 8º Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 8º)

§ 9º Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde deverão ser implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 9º)

Art. 13. Cabe ao hospital identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 12)

Art. 14. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 13)

Art. 15. Os usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. O direito de crianças e adolescentes de brincar será assegurado, assim como o direito de estudar, que será implementado de acordo com o estabelecido pela Secretaria de Educação Estadual, Distrital e Municipal em articulação com gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 16. A auditoria clínica interna periódica será realizada, no mínimo a cada 2 (dois) anos, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 15)

Art. 17. A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16)

I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, I)

II - articulaçao da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, II)

III - implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, III)

Seção II
Do Eixo de Gestão Hospitalar
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 18. A gestão da atenção hospitalar será pautada: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17)

I - na garantia do acesso e qualidade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, I)

II - no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, II)

III - na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, III)

IV - no planejamento participativo e democrático. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, IV)

Art. 19. A gestão da atenção hospitalar no SUS será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18)

I - o papel do hospital na rede; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, I)

II - a implementação de fluxos regulatórios; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, II)

III - a contratualização; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, III)

IV - os critérios de monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, IV)

§ 1º O gestor estadual, distrital ou municipal de saúde será responsável pela regulação da atenção hospitalar, nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS, utilizando-se de protocolos assistenciais e de critérios de priorização de riscos e vulnerabilidades, conforme pactuação da CIB ou da CIR, quando existir, para proporcionar acesso ao cuidado adequado no tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, § 1º)

§ 2º Os hospitais disponibilizarão ações e serviços de saúde às centrais de regulação de acordo com o pactuado no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, § 2º)

Art. 20. O Plano Diretor e os contratos internos de gestão do hospital, desde que monitorados e avaliados rotineiramente, poderão ser ferramentas adotadas para o cumprimento dos compromissos e metas pactuados com o gestor e para a sustentabilidade institucional. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19)

§ 1º Cabe aos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 1º)

§ 2º A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 2º)

§ 3º A ambiência hospitalar deverá adotar uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 3º)

§ 4º Deverão ser garantidos o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 4º)

Art. 21. A administração dos hospitais será profissionalizada por meio de ações de indução e apoio à formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 20)

Art. 22. A administração dos insumos, da infraestrutura, de recursos financeiros e a gestão da força de trabalho serão direcionados para o cumprimento do papel do hospital na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 21)

Art. 23. Para efeito de investimento pelo SUS, a direção do hospital pactuará junto aos gestores do SUS a demanda para ampliação ou reforma da capacidade instalada e incorporação de tecnologias que impliquem em

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

acréscimos na contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 22)

Seção III
Dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar

Art. 24. Ficam instituídos os Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. São consideradas como Centros Colaboradores aquelas instituições hospitalares, integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham comprovada experiência e qualidade na gestão organização assistencial e, portanto, estejam aptas a desenvolver ações de assessoria/consultoria a outros hospitais, igualmente integrantes do Sistema. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 25. Compete aos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar o desenvolvimento de atividades de assessoria/consultoria, nas áreas em que forem selecionados, junto a hospitais predefinidos pela Secretaria de Atenção à Saúde/SAS e integrantes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 2º)

Art. 26. A Secretaria de Atenção à Saúde deve estabelecer critérios de seleção para os hospitais que atuarão como Centros Colaboradores, celebrando, com os mesmos, Termos de Cooperação Técnica para a execução das atividades de assessoria/consultoria, bem como adote todas as demais providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 3º)

Art. 27. Será concedido, por meio de ato próprio, às Instituições selecionadas que firmarem o Termo de Cooperação Técnica, de que trata o art. 26, e atuarem como Centros Colaboradores, o Título de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, que terá validade pelo período de 01 (um) ano. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 4º)

Parágrafo Único. As instituições tituladas como Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar serão priorizadas no estabelecimento de outras parcerias com o Ministério da Saúde na área de assistência hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 4º, Parágrafo Único)

Seção IV
Do Eixo de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 28. Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no SUS constituem-se em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, devendo os hospitais integrantes do SUS desempenhar um importante papel na formação, tanto para suas equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, de acordo com o pactuado com os gestores. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23)

§ 1º Os hospitais integrantes do SUS deverão participar tanto de ações de formação de novos profissionais de saúde, quanto de educação permanente em saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, devendo integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23, § 1º)

§ 2º Os hospitais podem ter uma missão específica de ensino para graduação e pós-graduação na área da saúde, podendo receber a Certificação como Hospital de Ensino (HE), de acordo com os critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23, § 2º)

Art. 29. Os hospitais adotarão as seguintes estratégias de valorização dos trabalhadores: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24)

I - avaliação de desempenho; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, I)

II - educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, II)

III - avaliação da atenção à saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, III)

§ 1º A avaliação de desempenho dos trabalhadores pressupõe a existência de oportunidades sistemáticas para análises individuais e coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores, buscando a corresponsabilização das equipes com as avaliações. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 1º)

§ 2º O programa de educação permanente em saúde deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes dos hospitais, baseado no aprendizado em serviço, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais e das equipes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 2º)

§ 3º A atenção à saúde do trabalhador contemplará ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 3º)

Art. 30. A gestão da força de trabalho na atenção hospitalar no SUS será direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, buscando atender aos pressupostos da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 25)

Seção V
Do Eixo de Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 31. O financiamento da assistencia hospitalar será realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS e o disposto no Anexo 3. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 26)

Art. 32. A busca da sustentabilidade será uma das bases do custeio dos hospitais, considerando a sua população de referência, o território de atuação, a missão e o papel desempenhado na RAS, pactuados regionalmente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27)

§ 1º Todos os recursos que compõem o custeio das ações e serviços para a atenção hospitalar constarão em um único instrumento formal de contratualização, mediado pelo cumprimento de metas qualiquantitativas de assistência, gestão e ensino/pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27, § 1º)

§ 2º As regiões com populações dispersas e rarefeitas em grandes extensões territoriais, como a Amazônia Legal, terão mecanismos de custeio que considerem as especificidades regionais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27, § 2º)

Art. 33. Os recursos de investimento destinados à atenção hospitalar considerarão a ampliação da capacidade instalada, a renovação do parque tecnológico e a inovação de tecnologias, respeitando as especificidades regionais e as pactuações locais, de acordo com os seguintes critérios de priorização: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28)

I - estar em consonância com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, I)

II - contemplar os projetos de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - priorizar regiões remotas com grandes vazios assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, III)

Seção VI
Do Eixo de Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção V)

Art. 34. Os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. A contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 35. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa, de acordo com o disposto no Anexo 2 e as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30)

I - adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, I)

II - definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, II)

III - estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas qualiquantitativas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, III)

IV - aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, IV)

V - efetivação do controle social e garantia de transparência. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, V)

Art. 36. O gestor local levará em consideração os seguintes critérios de priorização para a contratualização: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31)

I - hospitais públicos, quais sejam federais, estaduais, distrital ou municipais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, I)

II - hospitais de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, II)

III - hospitais de direito privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% (sessenta por cento) dos seus serviços ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, III)

IV - demais hospitais privados sem fins lucrativos; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, IV)

V - hospitais privados com fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, V)

Seção VII
Do Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção VI)

Art. 37. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS, são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32)

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º)

I - definir, implementar, monitorar e avaliar a PNHOSP em consonância com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização com direção única em cada esfera de governo, da forma pactuada na CIT; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, I)

II - estabelecer, no Plano Nacional de Saúde, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar em todo território nacional; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, II)

III - definir, monitorar e avaliar a contratualização da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, IV)

V - estabelecer diretrizes nacionais para a educação permanente em saúde na atenção hospitalar, de acordo com a pactuação na CIT; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, V)

VI - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VI)

VII - fomentar a gestão de tecnologias em saúde direcionadas para a atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VII)

VIII - articular com o Ministério da Educação mudanças curriculares para os cursos de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado para atuação na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VIII)

IX - estabelecer, de acordo com a pactuação na CIT, mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho, de processos e de resultados; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, IX)

X - ser copartícipe da contratualização dos hospitais sob sua gerência com os gestores locais e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, X)

XI - organizar, executar e avaliar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XI)

XII - prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios no processo de qualificação da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XII)

XIII - prestar assessoria técnica aos hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XIII)

XIV - viabilizar parcerias com organismos internacionais e o setor privado para o fortalecimento da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XIV)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

§ 2º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º)

I - coordenar, no âmbito estadual ou do Distrito Federal, a implantação, o monitoramento e a avaliação da PNHOSP, de forma pactuada na CIB e na CIR; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, I)

II - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual ou do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, II)

III - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, IV)

V - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, V)

VI - organizar, executar e/ou gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VI)

VII - elaborar as prioridades e fomentar a realização de ensino e pesquisa que fortaleçam a assistência hospitalar aos usuários do SUS, em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VII)

VIII - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, os mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho e qualidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VIII)

IX - prestar assessoria técnica aos Municípios e hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, IX)

X - propor diretrizes estaduais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, X)

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, XI)

§ 3º Compete às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º)

I - coordenar, no âmbito municipal e do Distrito Federal, a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de acordo com o pactuado na CIB e na CIR; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, I)

II - estabelecer, no Plano Municipal e do Distrito Federal de Saúde, as metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, II)

III - estabelecer de forma pactuada com os Estados, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, IV)

V - organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, V)

VI - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VI)

VII - estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VII)

VIII - prestar assessoria técnica aos hospitais sob sua gestão no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VIII)

IX - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, IX)

X - propor diretrizes municipais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, X)

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais no âmbito do seu território nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, XI)

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 38. A implementação da PNHOSP será gradual, a partir da celebração de novas contratualizações, com prioridade para os hospitais que fazem parte das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 33)

Art. 39. Fica instituído o Comitê Gestor da Atenção Hospitalar, com composição tripartite, que monitorará e avaliará a PNHOSP periodicamente, além de estudar e aprofundar as discussões para o aprimoramento de seus eixos estruturantes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34)

§ 1º O Comitê Gestor de que trata o "caput" deverá aprofundar as discussões para reformulação da modelo de financiamento da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34, § 1º)

§ 2º Ato específico do Ministro de Estado da Saúde regulamentará o funcionamento e disporá acerca da composição e competências do Comitê de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34, § 2º)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO V)

Art. 40. As unidades hospitalares certificadas como Hospitais de Excelência, nos termos do Anexo XCIII da Portaria de Consolidação nº 5, obedecerão à regulamentação aplicável à Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) quando atuarem na prestação de ações e serviços de saúde para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 35)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 41. A SAS/MS publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações especificas para a execução da PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 36)

ANEXO 1 DO ANEXO XXIV

Da modalidade de assistência em regime de hospital-dia (Origem: PRT MS/GM 44/2001)

Art. 1º Fica aprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a modalidade de assistência - Hospital Dia. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 1º)

Art. 2º O Regime de Hospital Dia é definido como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 2º)

Art. 3º Para a realização de procedimentos em regime de Hospital Dia as Unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), deverão cumprir os requisitos abaixo descritos, sendo a vistoria realizada pela Secretaria Estadual/Municipal de Saúde e os relatórios encaminhados à Secretaria de Atenção à Saúde para providências relativas à publicação de ato normativo: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º)

I - condições gerais da unidade: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I)

a) recepção com sala de espera; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, a)

b) vestiário masculino e feminino; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, b)

c) sanitários para pacientes, acompanhantes e funcionários; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, c)

d) oferecer refeições adequadas durante o período de permanência do paciente na Unidade; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, d)

e) equipe de plantão com no mínimo 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira e auxiliares de enfermagem em número suficiente e correspondente aos leitos disponíveis, durante todo o período de funcionamento da unidade para prestar assistência aos pacientes; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, e)

f) garantir vaga na própria unidade de saúde ou referência para transferência, quando necessário, de pacientes para outras unidades hospitalares mais complexas ou unidade de tratamento intensivo, quando não possuir; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, f)

g) garantir a continuidade e assistência após alta ou em decorrência de complicações; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, g)

h) obedecer os parâmetros constantes da Portaria GM/MS nº 1.884/94; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, h)

II - condições e requisitos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos em regime de atendimento em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II)

a) centro cirúrgico com sala(s) cirúrgica(s) devidamente equipada(s); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, a)

b) centro de esterilização e desinfecção de materiais einstrumentos de acordo com normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, b)

c) condições mínimas para realização do ato anestésico, conforme Resolução nº 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, c)

d) enfermaria masculina, feminina e pediátrica quando for o caso, para recuperação e observação pós-anestésica devidamente equipada com oxigênio, carro de parada e medicamentos necessários em emergências, etc; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, d)

III - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária de 08 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, a)

b) situar-se em área específica independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de assistência à saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades sonoterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, d)

e) recursos humanos: a equipe mínima, por turno de 04 horas, para atendimento de 30 pacientes dia, deve ser composta por: 01 médico, 01 enfermeiro e 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, e)

IV - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - AIDS: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional , em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, a)

b) situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de atendimento ao paciente com AIDS; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente com AIDS na comunidade e sua inserção social; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, d)

e) recursos Humanos: a equipe mínima, deve ser composta por: 01 médico, 01 enfermeiro e 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, e)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

V - Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Geriatria: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V)

a) possuir estrutura assistencial para os idosos realizarem ou complementarem tratamentos médicos, terapêuticos, fisioterápicos ou de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, a)

b) planta física adequada para receber o paciente idoso, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, b)

c) recursos humanos: 01 Geriatra; 02 enfermeiros; 07 auxiliares de enfermagem; 01 assistente social; outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica. A equipe multiprofissional ampliada não necessita ser exclusiva do serviço, devendo ser composta por: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo. A equipe consultora será envolvida somente nos casos em que a equipe básica estabelecer como necessário e apropriado; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, c)

VI - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, a)

b) situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); visitas domiciliares; atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, d)

e) recursos humanos: pediatra; pneumologista; gastroenterologista; cardiologista; otorrinolaringologista; fisioterapeuta; enfermeiro; psicólogo; assistente social; outros profissionais necessários à realização das atividades; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, e)

VII - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia em intercorrências após Transplante de Medula Óssea e outros precursores hematopoiéticos: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII)

a) estar integrado à Unidade de Transplante de Medula Óssea, com acesso aos seguintes serviços do Hospital Geral: radiologia; laboratórios; serviço de endoscopia gástrica enteral e brônquica; transporte; farmácia (que deve fornecer os medicamentos para o tratamento do transplantado quando internado e domiciliado); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, a)

b) instalações físicas: o serviço de Hospital Dia deverá contar com as seguintes instalações: consultórios para atendimento; sala de procedimentos; quartos para repouso, administração de medicação e precursores hematopoiéticos; posto de enfermagem; e sala com poltronas para administração de medicações; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, b)

c) recursos humanos: hematologista ou oncologista ; pediatra; enfermeiro, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem; oftalmologista; nutricionista; assistente social; psicólogo; fisioterapeuta; odontólogo; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, c)

d) procedimentos diagnósticos: a unidade de saúde deverá possuir capacidade para realização dos seguintes procedimentos: biópsias de medula óssea; biópsia de pele; biópsia hepática; inserção de cateter venoso em veia central; coleta de sangue e fluídos. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, d)

Art. 4º Ficam estabelecidos os seguintes critérios para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º)

I - procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, I)

II - procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, II)

III - procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, III)

IV - obrigatoriamente para todo paciente será aberto prontuário constando de: identificação completa, anamnese, exame físico, ficha de descrição do ato cirúrgico e anestésico, folha de prescrição médica, observação de enfermagem, registro de dados vitais durante todo período pré e pós-operatórios, o qual ficará arquivado na unidade de saúde à disposição da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou Ministério da Saúde, pelo período que a legislação estabelece. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, IV)

Art. 5º Ficam estabelecidos os seguintes critérios para seleção dos pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º)

I - paciente hígido com ausência de comprometimento sistêmico; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º, I)

II - paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º, II)

Art. 6º Ficam estabelecidos os seguintes critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º)

I - lúcido, orientado no tempo e no espaço, sem grandes queixas de dor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, I)

II - sinais vitais estáveis há pelo menos 60 (sessenta) minutos antes da alta; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, II)

III - ausência de náuseas e vômitos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, III)

IV - capacidade de ingerir líquidos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, IV)

V - ausência de sangramento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, V)

VI - micção espontânea; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VI)

VII - acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado; (Origem: PRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

MS/GM 44/2001, Art. 6º, VII)

VIII - orientação verbal e por escrito ao paciente e ou familiares dos cuidados pós-operatórios bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Ficam estabelecidos as seguintes formas de pagamento para os procedimentos realizados em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º)

I - atendimento em regime de Hospital Dia em Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos em regime de Hospital Dia em Saúde Mental as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, a)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, b)

c) as diárias serão pagas em 05 dias úteis semanais, sendo a validade da AIH de 45 dias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, c)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, d)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia em Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, e)

II - atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, a)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, b)

c) as diárias serão pagas por 05 dias úteis semanais, pelo máximo de 45 dias corridos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, c)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, d)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia - AIDS; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, e)

III - atendimento em regime de Hospital Dia em Geriatria: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, a)

b) a AIH para atendimento em regime de Hospital Dia Geriátrico terá validade de 30 dias, devendo ser lançado na primeira linha do campo serviços profissionais o número de diárias utilizadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, b)

c) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, c)

d) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia - Geriátrico; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, d)

IV - atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística as Unidades previamente habilitadas e que comprovadamente realizem atendimento ambulatorial especializado ao portador de Fibrose Cística; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, b)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, c)

c) as diárias serão pagas por no máximo 05 dias úteis por semana, pelo máximo de 30 dias corridos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, d)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, e)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, f)

V - atendimento em regime de Hospital Dia - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V)

a) a cobrança dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, constantes do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV e dos que posteriormente venham a ser incluídos nesta modalidade de assistência, será efetuada por meio de AIH; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, a)

b) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos por Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, b)

c) para caracterização dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos para cobrança em AIH deverá ser lançado no caráter de internação como segundo dígito o número 1, especificamente para os casos de: 1.1 - Eletivo - Atendimento em regime de Hospital Dia; 2.1 - Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência - Atendimento em regime de Hospital Dia; 4.1 - Câmara de Compensação de Alta Complexidade - Atendimento em regime de Hospital Dia; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, c)

d) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, d)

VI - atendimento em Regime de Hospital Dia para intercorrências após transplante de medula óssea e outros órgãos hematopoiéticos: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI)

a) autogênico: o limite de cobrança por AIH, para o procedimento é de 07 (sete) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência à maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 06 (seis) meses da realização do transplante; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

b) alogênico aparentado: o limite de cobrança por AIH, é de 15 (quinze) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 meses da realização do transplante; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, b)

c) alogênico não aparentado: o limite de cobrança por AIH, é de 30 (trinta) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 (vinte e quatro) meses da realização do transplante. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, c)

Art. 8º A modalidade de assistência - Hospital Dia obedecerá ao que se segue: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º)

I - as unidades cadastradas somente no SIA/SUS, deverão solicitar à Secretaria Estadual de Saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, o cadastramento no SIH/SUS, para cobrança dos procedimentos na modalidade de atendimento em regime de Hospital Dia, desde que demonstrem capacidade para o cumprimento dos requisitos específicos para cada área. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º, I)

II - a Secretaria Estadual de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde estabelecerá as rotinas de supervisão, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria pertinentes, providenciando o treinamento e apoio técnico necessário para promover a qualidade da atenção à saúde nesta modalidade. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º, II)

Art. 9º Ficam mantidas as habilitações dos Hospitais autorizados para realização de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria, Saúde Mental e AIDS. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 9º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá efetuar a atualização dos procedimentos relativos à assistência em regime de Hospital Dia sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 11)

ANEXO A DO ANEXO 1 DO ANEXO XXIV

Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Anexo 1)

CODIGO	PROCEDIMENTO
31001050	Biopsia da prostata
31001084	Epididimo Deferente Neostomia
31001092	Espermatocelectomia
31002048	Extirpacao De Glandula De Cowper
31002056	Incisao E Drenagem De Abscesso Prostatico
31002064	Exploracao Cirurgica Da Bolsa Escrotal
31002072	Tratamento cirurgico da hidrocele
31002080	Epididimectomia
31002099	Exerese de cisto do cordao espermatico
31003060	Incisao e drenagem de abscesso da bolsa escrotal
31003079	Tratamento cirurgico da varicocele
31003095	Exerese De Tumor Do Cordao Espermatico
31004067	Plastica da bolsa escrotal
31004075	Orquiectomia unilateral
31004083	Epididimectomia Com Esvaziamento Ganglionar
31005047	Incisao E Drenagem De Abscesso Periuretral
31005063	Resseccao parcial da bolsa escrotal
31005071	Orquiectomia Com Esvaziamento Ganglionar
31005080	Exerese de cisto do epididimo
31005098	Vasectomia Parcial Ou Completa
31007040	Resseccao da caruncula uretral
31008046	Resseccao de prolapso da mucosa da uretra
31009077	Reparacao E Operacao Plastica Do Testiculo
31013031	Tratamento Cirurgico Da Cistocele
31014046	Uretroplastia (Resseccao De Corda)
31018041	Meatotomia
32001010	Biopsia Do Miocardio
32002033	Biopsia Do Conduto Linfatico
32003030	Exerese de ganglio linfatico
32004036	Incisao E Drenagem De Ganglio Linfatico
32005016	Introducao De Eletrodo Temporario De Marca Passo
32013019	Marcapasso (Troca De Gerador De Estimulo)
32013035	Biopsia Pre-Escalenica
32014015	Marcapasso Cardiaco (Epicardico)
32015011	Marcapasso Cardiaco (Intracavitario)
32030010	Estudo Eletrofisiologico (E. Terapeutico)
32031017	Estudo Eletrofisiologico Diagnostico E Terapeutico
32033010	Cardioversor Desfibrilador - Troca De Gerador
32042043	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Unilateral
32043040	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Bilateral
32044046	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna Unilateral
32045042	Tratamento Cvirurgico De Varizes Da Safena Interna Bilateral
32046049	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Unilateral
32047045	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Bilateral
32056044	Instalacao de cateter venoso de longa permanencia totalmente implantavel

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

32057040	Instalacao De Cateter Venoso De Media Permanencia Totalmente Implantavel
33001057	Biopsia Do Estomago Via Laparotomia
33002029	Excisao De Glandula Sublingual
33002070	Esfincteroplastia anal
33003025	Excisao de glandula submaxilar
33003076	Esfincterotomia interna e tratamento de fissura anal
33004021	Excisao de ranula
33004072	Exerese de malformacao anal
33005028	Excisao de tumor de glandula parotida
33005079	Fistulectomia Anal
33005117	Herniorrafia crural (unilateral)
33006016	Resseccao De Lesao Maligna
33006024	Excisao de tumor de glandula sublingual
33006032	Excisao De Lesao Localizada
33006075	Esfincterotomia Anal
33006113	Herniorrafia crural (bilateral)
33007020	Excisao De Tumor De Glandula Submaxilar
33007071	Fistulectomia Ou Fistulotomia Anal
33008078	Incisao e drenagem de abscesso anal
33009082	Biopsia Do Figado Por Laparotomia
33009112	Herniorrafia epigastrica
33010021	Incisao e drenagem de abscesso da parotida
33010072	Plastica anal externa
33010110	Herniorrafia Incisional
33011117	Herniorrafia inguinal (unilateral)
33012113	Herniorrafia inguinal (bilateral)
33013071	Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Membranosa Do Anus
33014027	Extirpacao da glandula salivar
33014078	Tratamento cirurgico do prolapso anal mucoso
33014116	Herniorrafia recidivante
33015082	Colecistectomia Videolaparoscopica
33015112	Herniorrafia umbilical
33016070	Incisao de lesao anal
33017077	Criptectomia uni ou multipla
33018073	Excisao de papila hemorroidaria
33023077	Incisao e drenagem de abscesso isquiorretal
33023115	Reparacao outras hernias (inclui herniorrafia muscular)
33024073	Fissurectomia com ou sem esfincterectomia
33025118	Herniorrafia inguinal videolaparoscopica
33026114	Herniorrafia Umbilical Videolaparoscopica
33027072	Tratamento cirurgico da trombose hemorroidaria externa
33027110	Herniorrafia epigastrica videolaparoscopica
33028117	Laparotomia Videolaparoscopica Para Drenagem E/Ou Biopsia
33030073	Hemorroidectomia
33044074	Tratamento Cirurgico Da Atresia Congenita Anus Retal
33045062	Enterorrafia videolaparoscopica
33045070	Tratamento Cirurgico De Outras Anomalias Congenitas Anus -Retal
34001018	Bartolinectomia
34003045	Salpingectomia videolaparoscopica
34004025	Colpoperineocleise
34004041	Salpingoplastia Videolaparoscopica
34005013	Marsupializacao de glandula de Bartholin
34005021	Colpoperineorrafia Nao Obstetrica
34005030	Curetagem semiotica com ou sem dilatacao do colo uterino
34007016	Vulvectomia Simples
34008012	Tratamento Cirurgico Da Coadaptacao De Ninfas
34008039	Extirpacao de polipo uterino
34009019	Alargamento da entrada vaginal
34010017	Exerese de glandula de Skene
34011013	Episioperineorrafia nao obstetrica
34018026	Tratamento Cirurgico Da Vagina Septada Ou Atresica
34020020	Exerese de cisto vaginal
34020039	Curetagem uterina por mola hidatiforme
35014016	Curetagem pos aborto
35016019	Reducao Manual Inversao Uterina Aguda Pos-Parto
35018011	Cerclagem do colo uterino
35019018	Sutura De Laceracoes Do Trajeto Pelvico
36001015	Cirurgia do pterigio

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

36001023	Cauterizacao da cornea
36001040	Capsulectomia do cristalino
36001058	Retirada De Cisticerco Intra-Ocular
36001066	Sutura de esclera
36001074	Enucleacao do globo ocular
36001082	Ciclodialise
36001104	Retinopexia primaria
36001112	Tratamento cirurgico do estrabismo
36001120	Dacriocistorrinostomia
36002011	Exerese de tumor de conjuntiva
36002020	Ceratectomia superficial
36002038	Retirada de corpo estranho da camara anterior do olho
36002054	Retirada De Corpo Estranho Intravitreo
36002070	Evisceracao do globo ocular
36002089	Ciclodiatermia
36002097	Exerese de calazio
36002100	Endofotocoagulacao a laser
36002119	Exenteracao De Orbita
36002127	Extirpacao de glandula lacrimal
36003018	Sutura de conjuntiva
36003034	Reconstrucao de camara anterior do olho pos-trauma
36003050	Vitrectomia Posterior (Alterar Valor Para 734,63)
36003069	Biopsia da esclera
36003093	Simblefaroplastia
36003115	Exerese De Tumor Maligno Intra-Ocular
36003123	Extirpacao do saco lacrimal
36004014	Reconstituicao de cavidade
36004022	Retirada de corpo estranho da cornea
36004049	Facectomia Sem Implante De Lente Intra-Ocular
36004057	Vitrectomia anterior
36004065	Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura da esclera
36004073	Crioterapia De Tumores Intra-Oculares
36004103	Crio-retinopexia
36004111	Orbitotomia
36005010	Biopsia da conjuntiva
36005029	Recobrimento conjuntival
36005061	Transplante de esclera
36005088	Iridectomia cirurgica
36005096	Tratamento cirúrgico do Entropio e Ectropio
36005100	Reoperacao E Retinopexia Com Vitreo Intervencao
36005126	Drenagem de abscesso lacrimal
36006017	Reconstituicao de fornix conjuntival
36006025	Sutura de cornea
36006068	Introflexao escleral
36006114	Reconstituicao Da Parede Da Orbita
36006122	Canaliculotomia
36007021	Implante Interlamelar De Cornea
36007048	Explantacao e/ou substituicao de lente intra-ocular
36007064	Transplante De Periosteo Em Escleromalacia
36007099	Tratamento da ptose e coloboma de palpebra
36007110	Biopsia de tumor extra-ocular
36007129	Oclusao de ponto lacrimal
36008060	Cirurgia fistulizante antiglaucomatosa
36008087	Tratamento cirurgico da hernia de iris
36008095	Cirurgia da triquiase
36008117	Injecao retrobulbar ou peribulbar
36008125	Sondagem das vias lacrimais
36009024	Biopsia da cornea
36009067	Implantacao de protese antiglaucomatosa
36009083	Sinequiotomia cirurgica
36009113	Desnervacao quimica
36009121	Reconstituicao do canal lacrimal
36010022	Transplante De Cornea
36010065	Aplicacao De Placa Radioativa Episcleral
36010081	Biopsia da iris e corpo ciliar
36010090	Drenagem de abscesso palpebral
36010111	Tratamento Cirurgico De Hipertropias
36011029	Tratamento cirurgico do astigmatismo secundario

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

36011061	Cirurgia Do Glaucoma Congenito
36011096	Miiase palpebral
36011118	Descompressao Da Orbita
36012025	Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura de cornea
36012084	Trabeculotomia
36012092	Epilacao de cilios
36013021	Ceratoprotese
36013099	Sutura de palpebra
36014087	Iridociclectomia
36014095	Cirurgia do xantelasma
36015024	Transplante De Cornea Em Reoperacoes
36015091	Blefarocalase
36016020	Transplante De Cornea Em Cirurgias Combinadas
36016098	Reconstituicao parcial da palpebra
36017027	Epiceratofacia
36017094	Cirurgia De Coloboma Palpebral Congenito
36018023	Topoplastia Do Transplante
36020052	Facectomia para implante de lente intra-ocular
36701033	Paracentese De Camara Anterior
37001019	Antrotomia Da Mastoide (Drenagem De Otite No Lactente)
37001035	Incisao e drenagem de abscesso periamigdaliano
37001051	Osteostomia Do Maxilar Inferior
37002031	Adenoidectomia
37003020	Tratamento Cirurgico Da Rinofima
37003038	Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia
37003054	Retirada De Corpo Estranho Na Intimidade Dos Ossos Da Face
37004026	Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Coanal -Unilateral
37006029	Cirurgia de ozena
37007041	Laringoscopia direta para retirada de corpo estranho
37009044	Laringoscopia com exerese de papiloma
37011030	Amigdalectomia
37011057	Reducao cirurgica da fratura dos ossos proprios do nariz
37012053	Reducao Cirurgica Da Luxacao Temporo Mandibular (Recidivante Ou Nao)
37020021	Turbinectomia
37021028	Septoplastia (desvio do septo)
37023012	Timpanoplastia (Tipo I - unilateral)
38001080	Alongamento De Columela
38001101	Tratamento cirurgico nao estetico da orelha
38002078	Tratamento cirurgico do gigantismo ao nivel da mao
38002086	Tratamento cirurgico da perfuracao do septo nasal
38002124	Exerese de cisto tireoglosso
38002132	Exerese e plastica de cisto sacro coccigeo
38003074	Tratamento cirurgico da polidactilia articulada
38003082	Rinoplastia para defeito(s) pos-traumatico(s)
38003090	Tratamento cirurgico do epicanto
38003104	Reconstrucao de helix da orelha
38004046	Tratamento cirurgico da hipertrofia dos pequenos labios
38004054	Excisao e reconstrucao total de labio
38004062	Tratamento cirurgico da retracao cicatricial do cotovelo
38004089	Rinoplastia reparadora nao estetica
38004097	Tratamento cirurgico do lagoftalmo
38004100	Reconstrucao de lobulo da orelha
38004135	Plastica mamaria masculina (ginecomastia)
38005050	Reconstrucao do sulco gengivo labial
38005077	Suturas e reparacoes de perda de substancia da mao
38005107	Reconstrucao do polo superior da orelha
38005123	Retracao Cicatricial - Correcao Em Um Estagio
38006057	Reconstrucao parcial do labio
38006073	Retracao cicatricial dos dedos da mao sem comprom tendinoso
38006103	Reconstrucao Total Da Orelha (Multiplos Estagios)
38006111	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois intra digitos)
38007010	Excisao E Sutura Com Plastica Em Z Na Pele
38007070	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois digitos)
38008114	Retracao cicatricial dos dedos do pe sem comprometimento tendinoso
38010097	Reconstrucao total da palpebra
38015013	Exerese de cisto dermoide
38023016	Extirpacao e supressao de lesao da pele e do tecido
38703050	Excisao Em Cunha De Labio E Sutura

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

39001040	Biopsia Do Omoplata
39001105	Amputacao ao nivel dos metacarpianos
39001199	Resseccao cisto sinovial
39001202	Retirada de corpo estranho intra-articular
39001237	Curetagem de tumor osseo com enxertia
39002110	Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral
39002195	Abertura de bainha tendinosa
39002217	Retirada de fio de Kirschner trans-osseo
39003086	Biopsia Do(S) Osso(S) Do Antebraco
39003108	Amputacao do dedo (cada)
39003116	Biopsia Da Articulacao Sacro Iliaca
39003132	Biopsia Do Femur
39003205	Retirada de corpo estranho intra-osseo
39003213	Retirada de parafuso
39004023	Biopsia Do Corpo Vertebral
39004058	Biopsia Da Articulacao Escapulo Umeral
39004066	Biopsia Do Umero
39004090	Biopsia Do Punho
39004180	Miotomia
39004210	Retirada de placa e parafuso
39005100	Artrodese interfalangiana
39005127	Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral
39005143	Biopsia Do Joelho
39005151	Biopsia Do(S) Osso(S) Da Perna
39005186	Resseccao muscular
39005216	Retirada de pino de Steinnan
39005232	Resseccao Simples De Tumor Osseo
39006026	Biopsia Da Lamina Vertebral
39006077	Biopsia Do Cotovelo
39006085	Resseccao Da Apofise Estiloide Do Radio
39006107	Artrodese metacarpo falangiana
39006212	Retirada De Haste
39006239	Resseccao de exostose
39007022	Biopsia Do Pediculo Vertebral
39007162	Biopsia Do Tornozelo
39007197	Exploracao cirurgica de tendao
39008177	Osteotomia do(s) osso(s) do pe
39010074	Resseccao Da Bolsa Sinovial Do Cotovelo (Olecranio)
39010090	Tratamento cirurgico da sindrome do canal carpiano
39010198	Tenoplastia ou enxerto de tendao ao nivel da mao
39011100	Capsulectomia das articulacoes da mao
39011194	Tenoplastia ou enxerto de tendao em outras regiães
39012115	Reducao incruenta da disjuncao ao nivel da pelve
39012123	Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (central)
39012174	Tratamento cirurgico do dedo em martelo
39012190	Tenorrafia
39013111	Reducao incruenta da fratura ao nivel da pelve
39013197	Tenotomia
39014126	Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (traumatica)
39014177	Reducao cirurgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixacao
39014193	Transposicao de tendao
39017168	Reducao incruenta da luxacao do tornozelo
39018105	Reducao Cirurgica De Fratura Das Falanges, Com Fixacao
39018148	Reducao incruenta da fratura do joelho
39019063	Reducao incruenta da fratura da diafise do umero
39019136	Reducao incruenta da fratura da diafise do femur
39019179	Reducao cirurgica da luxacao do(s) metatarsiano(s)
39021106	Tratamento cirurgico do dedo em gatilho
41002040	Biopsia da tireoide
42001021	Biopsia da pleura com agulha
42001030	Traqueoscopia e exerese de papilomas
42001072	Biopsia da mama
42002036	Traqueoscopia e retirada de corpo estranho
42002079	Extirpacao de tumor ou adenoma da mama
42003075	Incisao e drenagem de abscesso da mama
42004047	Broncoscopia e exerese de papilomas
42006074	Extirpacao de mama supranumeraria
44001053	Reducao incruenta da fratura unilateral da mandibula

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

44006055	Reducao Incruenta Da Fratura Do Maxilar Superior - Le Fort I

ANEXO 2 DO ANEXO XXIV

Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS (Origem: PRT MS/GM 3410/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam estabelecidas as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 1º)

Art. 2º As disposições deste Anexo se aplicam a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º)

I - públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, I)

II - privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, II)

III - privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, III)

Art. 3º Os entes federativos formalizarão a relação com os hospitais públicos e privados integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DAS RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO II)

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º)

I - estabelecer requisitos mínimos para os instrumentos formais de contratualização, com vistas à qualidade e segurança na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, I)

II - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, II)

III - estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, III)

IV - acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização e realizar auditorias, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, IV)

V - desenvolver metodologia e sistema informatizado para acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização por meio de indicadores gerais e indicadores das redes temáticas e Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, V)

VI - garantir a manutenção, adequação e aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação em saúde no âmbito da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VI)

VII - realizar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VII)

VIII - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VIII)

IX - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, IX)

X - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, X)

Art. 5º Compete aos entes federativos contratantes: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º)

I - definir a área territorial de abrangência e a população de referência dos hospitais sob sua gestão, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, I)

II - definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sóciodemográficas da região de saúde, conforme pactuação na CIB e na CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, II)

III - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, III)

IV - prever metas e compromissos específicos para a atenção à saúde indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e suas especificidades socioculturais, conforme pactuaçao no âmbito do subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, IV)

V - gerenciar os instrumentos formais de contratualização sob sua gestão, visando à execução das ações e serviços de saúde e demais compromissos contratualizados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, V)

VI - realizar a regulação das ações e serviços de saúde contratualizados, por meio de: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI)

a) estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, a)

b) implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, b)

c) regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, c)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VII - instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VII)

VIII - controlar, avaliar, monitorar e auditar, quando couber, as ações e serviços de saúde contratualizadas, na forma de: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII)

a) dispositivos de autorização prévia dos procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar, salvo em situações em que fluxos sejam definidos "a priori" com autorização "a posteriori"; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, a)

b) monitoramento da produção, avaliando sua compatiblidade com a capacidade operacional e complexidade do hospital e de acordo com o previsto no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, b)

c) monitoramento e avaliação das metas por meio de indicadores qualiquantitativos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, c)

d) monitoramento da execução orçamentária com periodicidade estabelecida no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, d)

IX - alimentar o sistema de informação previsto no art. 4º, V, quando disponibilizado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, IX)

X - apresentar prestação de contas do desempenho dos hospitais contratualizados com formatos e periodicidade definidos, obedecida à legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, X)

XI - realizar investigação de denúncias de cobrança indevida de qualquer ação ou serviço de saúde contratualizado prestada pelo hospital ou profissional de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XI)

XII - cumprir as regras de alimentação e processamentos dos seguintes sistemas: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII)

a) Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, a)

b) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, b)

c) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, c)

d) Sistema Nacional de Agravo de Notificação (SINAN); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, d)

e) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, e)

f) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, f)

g) outros sistemas que venham a ser criados no âmbito da atenção hospitalar no SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, g)

XIII - promover, no que couber, a transferência gradual das atividades de atenção básica realizadas pelos hospitais para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme a pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XIII)

XIV - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das RAS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XIV)

XV - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XV)

XVI - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XVI)

CAPÍTULO III
DAS RESPONSABILIDADES DOS HOSPITAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III)

Art. 6º As responsabilidades dos hospitais, no âmbito da contratualização, se dividem nos seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º)

I - assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, I)

II - gestão; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, II)

III - ensino e pesquisa; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, III)

IV - avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, IV)

Seção I
Do Eixo de Assistência
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 7º Quanto ao eixo de assistência, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º)

I - cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, I)

II - cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, II)

III - utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, III)

IV - manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, IV)

V - realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, V)

VI - assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VI)

VII - implantar e/ou implementar as ações previstas na Seção I do Capítulo VIII do Título I da Portaria de Consolidação nº 5, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

a) implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, a)

b) elaboração de Planos para Segurança do Paciente; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, b)

c) implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, c)

VIII - implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VIII)

IX - garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, IX)

X - garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, X)

XI - garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o art. 23, II; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XI)

XII - promover a visita ampliada para os usuários internados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XII)

XIII - garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações especificas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XIII)

XIV - prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XIV)

XV - disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XV)

XVI - notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XVI)

XVII - disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XVII)

Seção II
Do Eixo de Gestão
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 8º Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º)

I - prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, I)

II - informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, II)

III - garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, III)

IV - disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, IV)

V - dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, V)

VI - dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VI)

VII - garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VII)

VIII - disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VIII)

IX - dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, IX)

X - garantir, em permanente funcionamento e de forma integrada, as Comissões Assessoras Técnicas, conforme a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, X)

XI - divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visivel e de fácil acesso; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XI)

XII - assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XII)

XIII - dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XIII)

XIV - alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XIV)

XV - registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XV)

XVI - disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas de que trata o art. 5º, XII; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XVI)

XVII - participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XVII)

Seção III
Do Eixo de Ensino e Pesquisa
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 9º Quanto ao eixo de ensino e pesquisa, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º)

I - disponibilizar ensino integrado à assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, II)

III - garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, III)

IV - ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com o gestor público de saúde local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, IV)

V - desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor público de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, V)

VI - cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, caso o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino (HE). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, VI)

Seção IV
Do Eixo de Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 10. Quanto ao eixo de avaliação, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10)

I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, I)

II - avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores qualiquantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, II)

III - avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, III)

IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, IV)

V - realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, V)

VI - monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, VI)

Art. 11. Os hospitais contratualizados monitorarão os seguintes indicadores gerais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11)

I - taxa de ocupação de leitos; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, I)

II - tempo médio de permanência para leitos de clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, II)

III - tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, III)

IV - taxa de mortalidade institucional. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, IV)

Art. 12. Os hospitais contratualizados que disponham de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) monitorarão, ainda, os seguintes indicadores: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12)

I - taxa de ocupação de leitos de UTI; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12, I)

II - densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12, II)

Art. 13. Poderão ser criados outros indicadores a serem monitorados, além dos dispostos neste Anexo, através de pactuação entre o gestor público de saúde e os hospitais. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13)

§ 1º Os hospitais que compõem as Redes temáticas de Atenção à Saúde monitorarão e avaliarão todos os compromissos e indicadores previstos nos atos normativos específicos de cada rede e de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde criará ferramenta que viabilize o monitoramento do rol mínimo de indicadores previstos neste Anexo, além dos indicadores das redes temáticas e de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13, § 2º)

CAPÍTULO IV
DO FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 14. Todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital serão informados no instrumento formal de contratualização, com identificação das respectivas fontes, quais sejam, federal, estadual, distrital ou municipal. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. No instrumento formal de contratualização será informado, ainda, o valor estimado relativo às renúncias e isenções fiscais e subvenções de qualquer natureza na hipótese de contratualização com hospitais privados sem fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. Para efeito deste Anexo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15)

I - incentivo financeiro: todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regramentos próprios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, I)

II - orçamentação global: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilha separadamente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, II)

III - orçamentação parcial: a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, III)

IV - valor pós-fixado: todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, IV)

V - valor pré-fixado: a parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado. (Origem: PRT MS/GM

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

3410/2013, Art. 15, V)

Art. 16. Os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos serão financiados, preferencialmente, por orçamentação parcial, de acordo com o perfil assistencial, infraestrutura, recursos humanos e seu papel na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 16)

Art. 17. O valor pré-fixado será composto: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17)

I - pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, I)

II - por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas qualiquantitativas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, II)

§ 1º Integram o componente pré-fixado dos intrumentos formais de contratualização os seguintes incentivos financeiros: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º)

I - ~~Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)~~ Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.925 de 01.11.2017)); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, I)

II - Incentivo de custeio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, II)

III - Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, III)

IV - recursos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, IV)

V - valores referentes ao Fator de Incentivo ao Ensino e Pesquisa (FIDEPS), extinto pela Portaria nº 1.082/GM/MS, de 2005; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, V)

VI - Incentivo de Integração ao SUS (Integrasus); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VI)

VII - outros recursos pré-fixados de fonte estadual ou municipal; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VII)

VIII - outros recursos financeiros pré-fixados que venham a ser instituídos. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VIII)

§ 2º O IGH está regulamentado no Anexo 2-B; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 2º)

Art. 18. A parte pós-fixada será composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 18)

Art. 19. O gestor público de saúde do ente federativo contratante poderá definir valores adicionais às partes pré-fixada e pós-fixada, caso tenho capacidade de financiamento com fonte própria. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 19)

Art. 20. Quando acordado entre as partes, a contratualização poderá ser feita no modelo de orçamentação global, sendo que o repasse dos recursos será condicionado ao cumprimento das metas e compromissos formalizados, monitorados e avaliados periodicamente e que será calculada levando em consideração: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20)

I - a infraestrutura tecnológica (porte, equipamentos e serviços); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, I)

II - o perfil assistencial; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, II)

III - a capacidade e produção de serviços (recursos humanos e desempenho de produção); e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, III)

IV - o custo regional de materiais e serviços. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, IV)

CAPÍTULO V
DA CONTRATUALIZAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V)

Seção I
Do Instrumento Formal de Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção I)

Art. 21. A contratualização será formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 21)

Parágrafo Único. Para fins da contratualização hospitalar, recomenda-se que todos os intrumentos formais de contratualização que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento sejam celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado contratante, mesmo havendo a oferta e cofianciamento de ações e serviços por outro ente federado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. O instrumento formal de contratualização será composto por duas partes indissociáveis: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22)

I - o termo do instrumento formal de contratualização propriamente dito, respeitadas as legislações pertinentes, especialmente quanto aos prazos de vigência; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22, I)

II - o Documento Descritivo de que trata a Seção II do Capítulo V. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22, II)

Art. 23. O instrumento formal de contratualização conterá, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23)

I - as responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, I)

II - as responsabilidades da União, Estado, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, II)

III - os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, III)

IV - as sanções e penalidades conforme legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, IV)

V - a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, V)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VI - o Documento Descritivo, contendo as metas qualiquantitativas e indicadores de monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, VI)

Art. 24. A contratualização poderá ser firmada, dentre outros, pelos seguintes instrumentos: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24)

I - Convênio: firmado entre o gestor do SUS com entidades beneficentes sem fins lucrativos, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010, e com Empresas e Fundações Públicas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, I)

II - Contrato Administrativo: firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto de contrato for compra de ações e serviços de saúde, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 2010; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, II)

III - Contrato de Gestão: firmado entre gestores do SUS e a entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OS), conforme Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, III)

IV - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP): é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando estabelecimentos públicos de saúde situados no território de um Município estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, conforme o Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, IV)

V - Termo de Parceria: instrumento firmado entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), conforme a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, V)

VI - Termo de Compromisso ou Contrato de Gestão: firmado entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gerência e gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, VI)

§ 1º As regras do PCEP não se aplicam aos hospitais universitários federais, conforme o Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, § 1º)

§ 2º As alterações no instrumento de contratualização dar-se-ão mediante assinatura das partes em termos próprios (Termo Aditivo, Apostilamento ou outros) e publicação em Diário Oficial pelo gestor contratante, conforme normativa de cada esfera de Governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, § 2º)

Seção II
Do Documento Descritivo
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção II)

Art. 25. O Documento Descritivo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa de acordo com o estabelecido neste Anexo, acrescido das especificidades locais e anexo ao termo do instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 25)

Art. 26. O Documento Descritivo conterá, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26)

I - a definição de todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, I)

II - a definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, II)

III - a definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, III)

IV - a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, IV)

V - a definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, V)

VI - a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme modelo Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV . (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, VI)

Art. 27. O Documento Descritivo terá validade máxima de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado após o período de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo quando acordado entre as partes. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 27)

Parágrafo Único. As alterações do Documento Descritivo serão objeto de publicação oficial. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 27, Parágrafo Único)

Seção III
Do Repasse dos Recursos Financeiros
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção III)

Art. 28. O repasse dos recursos financeiros pelos entes federativos aos hospitais contratualizados será realizado de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos específicos e no instrumento de contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28)

§ 1º O valor pré-fixado dos recursos de que trata o "caput" serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º)

I - 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º, I)

II - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º, II)

§ 2º Os percentuais de que tratam os incisos I e II poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 2º)

§ 3º O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 3º)

Art. 29. O hospital que não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 29)

Art. 30. O hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 30)

Art. 31. Os incentivos de fonte federal serão repassados de forma regular aos hospitais, de acordo com normas específicas de cada incentivo, previstas no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31)

§ 1º A variação ou suspensão dos valores dos repasses dos incentivos federais deverão constar em cláusula contratual de acordo com percentuais estabelecidos no art. 28, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31, § 1º)

§ 2º Salvo em caso de descumprimento de cláusulas contratuais, o não repasse dos valores dos incentivos federais ao prestador incorrerá na suspensão prevista no art. 1152, II da Portaria de Consolidação nº 6, ou no art. 304 da Portaria de Consolidação nº 6, conforme o caso. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31, § 2º)

Seção IV
Da Comissão de Acompanhamento da Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção IV)

Art. 32. Será instituída pelo ente federativo contratante a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que será composta, no mínimo, por 1 (um) representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32)

§ 1º A Comissão de que trata o "caput" monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º)

I - avaliar o cumprimento das metas qualiquantitativas e físico-financeiras; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, I)

II - avaliar a capacidade instalada; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, II)

III - readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, III)

§ 2º A composição da Comissão de que tata o "caput" será objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo contratante ou publicação equivalente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 2º)

CAPÍTULO VI
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 33. Caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33)

Parágrafo Único. O monitoramento e avaliação poderão ser executados por meio de sistemas de informações oficiais e visitas "in loco". (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33, Parágrafo Único)

Art. 34. Caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros de que trata este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 34)

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO VII)

Art. 35. A regulamentação dos processos de contratualização dos hospitais públicos e privados com fins lucrativos com menos de 50 (cinquenta) leitos operacionais e dos hospitais sem fins lucrativos com menos de 30 (trinta) leitos operacionais serão objeto de atos normativos específicos do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 35)

Parágrafo Único. As contratualizações ocorridas antes da publicação dos atos normativos específicos de que trata o "caput" deverão ocorrer em consonância com os princípios e diretrizes da PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 35, Parágrafo Único)

Art. 36. O Ministério da Saúde desenvolverá e implementará sistema de monitoramento para contratualização dos hospitais integrantes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 36)

Art. 37. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicará no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, em até 30 (trinta) dias contado da publicação da Portaria nº 3410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, documento instrutivo sobre a gestão dos incentivos das Redes Temáticas Assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 37)

Art. 38. Os gestores do SUS deverão firmar os instrumentos formais de contratualização com os hospitais sob sua gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 38)

ANEXO A DO ANEXO 2 DO ANEXO XXIV
Programação orçamentária a constar de Documento descritivo (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Anexo 1)

Programação Orçamentária		
Pós-Fixado	Mensal R$	Anual R$
Alta Complexidade		
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC		
Subtotal		
Pré-Fixado	Mensal R$	Anual R$
Média da Produção de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Série Histórica definida em Portaria específica)		
~~Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)~~ Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.925 de 01.11.2017)		
Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)		
INTEGRASUS		
FIDEPS		
Incentivo financeiro 100% SUS Portaria nº 929/GM/MS de 10 de maio de 2012.		
Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais - REHUF		
Recursos Financeiros de fonte Municipal (citar objeto ou programa)		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Recursos Financeiros de fonte do Estadual ou Distrito Federal (citar objeto ou programa)		
Incentivo Redes Temáticas de Atenção à Saúde (citar rede)		
Outras fontes de Recursos Financeiros (citar a fonte)		
Subtotal		
Total		

ANEXO XXV

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Origem: PRT MS/GM 971/2006)

Art. 1º Fica aprovada, na forma do Anexo 1 do Anexo XXV , a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 1º)

Parágrafo Único. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devem promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXV

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1. INTRODUÇÃO

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” reafirma o desenvolvimento desses princípios.

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciou-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

Alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política:

- 1985 - celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede publica de saúde;

- 1986 - 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida";

- 1988 - resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;

- 1995 - instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; - 1996 - 10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”;

- 1999 - inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999);

- 2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde que recomenda “incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia”;

- 2001 - 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;

- 2003 - constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS (atual PNPIC);

- 2003 - Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;

- 2003 - Relatório Final da 12ª CNS que delibera pela efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual Práticas Integrativas e Complementares).

- 2004 - 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde à MNPC (atual Práticas Integrativas e Complementares) que foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e

- 2005 - Relatório Final do Seminário "Águas Minerais do Brasil", em outubro, que indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.

Levantamento realizado junto a Estados e municípios em 2004, mostrou a estruturação de algumas dessas práticas contempladas na política em 26 Estados, num total de 19 capitais e 232 municípios.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Esta política, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS.

1.1. MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Achados arqueológicos permitem supor que essa fonte de conhecimento remonta há pelo menos 3000 anos. A denominação chinesa zhen jiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII, resultando no vocábulo acupuntura (derivado das palavras latinas acus, agulha, e punctio, punção). O efeito terapêutico da estimulação de zonas neurorreativas ou “pontos de acupuntura” foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa.

No ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea, e graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do oriente como do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas científicas. Admite-se, atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras.

A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas unidades federadas.

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Sistema Único de Saúde a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na Região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema).

De acordo com o diagnóstico da inserção da MNPC nos serviços prestados pelo SUS e os dados do SIA/SUS, verifica-se que a acupuntura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

1.2. HOMEOPATIA

A homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução nº 622).

A partir da década de 80, alguns Estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, pela Resolução nº 4/88, a Ciplan fixou normas para atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em homeopatia.

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão, foi ampliada a oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia que, desde sua inserção como procedimento na tabela do SIA/SUS, vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003, o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da Federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas.

Está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação. Conta ainda com a formação do médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Embora venha ocorrendo aumento da oferta de serviços, a assistência farmacêutica em homeopatia não acompanha essa tendência. Conforme levantamento da AMHB, realizado em 2000, apenas 30% dos serviços de homeopatia da rede SUS forneciam medicamento homeopático. Dados do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelam que apenas 9,6% dos municípios que informaram ofertar serviços de homeopatia possuem farmácia pública de manipulação.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A implementação da homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

- recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde;

- fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;

- atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; e

- contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência;

Em 2004, com o objetivo de estabelecer processo participativo de discussão das diretrizes gerais da homeopatia, que serviram de subsídio à formulação da presente Política Nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado “A Homeopatia que queremos implantar no SUS”. Reuniu profissionais; Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Usuários de Homeopatia no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI), entidade médica homeopática internacional, e representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA).

1.3. PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados, enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público, entre os quais se destacam:

- a Resolução Ciplan nº 8/88, que regulamenta a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas a sua prática nas unidades assistenciais médicas;

- o Relatório da 10a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que aponta no item 286.12: "incorporar no SUS, em todo o País, as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares" e, no item 351.10: “o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares”;

- a Portaria nº 3916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, a qual estabelece, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento científico e tecnológico: "...deverá ser continuado e expandido o apoio às pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas”;

- o Relatório do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado em 2003, que entre as suas recomendações, contempla: “integrar no Sistema Único de Saúde o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos”;

- o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que aponta a necessidade de se “investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica”.

- a Resolução nº 338/04, do Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual contempla, em seus eixos estratégicos, a “definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País”;

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, verificou-se, em todos os municípios brasileiros, que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

No âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos tendo em conta, em especial, a intersetorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Ambas as iniciativas aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

1.4. TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O campo sofreu considerável redução de sua produção científica e divulgação com as mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo, após o término da segunda guerra mundial.

A partir da década de 90, a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde.

Países europeus como Espanha, França, Itália, Alemanha, Hungria e outros adotam desde o início do século XX o Termalismo Social como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados, objetivando proporcionar a essa população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar seja para sua saúde, assim como preservá-la.

O termalismo, contemplado nas resoluções CIPLAN de 1988, manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 7 de outubro de 2004, é um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, de fiscalização, de controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.

2. OBJETIVOS

2.1 Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

2.2 Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

2.3 Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

2.4 Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

3. DIRETRIZES

3.1. Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante:

- incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;

- desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;

- implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;

- estabelecimento de mecanismos de financiamento;

- elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e

- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde.

3.2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

3.3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional:

- Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares que atuem na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

- Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral. - Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na agenda de atividades da comunicação social do SUS.

- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares.

3.4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

3.5. Fortalecimento da participação social.

3.6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária.

- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos. - Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

- Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

- Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.

3.7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações.

3.8. Incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

3.9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão.

3.10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde. - Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as Práticas Integrativas e Complementares esteja integrada ao serviço público de saúde.

3.11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES

4.1. NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz MTCA

1 Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica.

1. NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Deverão ser priorizados mecanismos que garantam a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF.

Além disso, será função precípua desse profissional

- atuar de forma integrada e planejada de acordo com as atividades prioritárias da estratégia Saúde da Família;

- identificar, em conjunto com as equipes da atenção básica (ESF e equipes de unidades básicas de saúde) e a população, a(s) prática(s) a ser(em) adotada(s) em determinada área;

- trabalhar na construção coletiva de ações que se integrem a outras políticas sociais (intersetorialidade);

- avaliar, em conjunto com a equipe de saúde da família/atenção básica, o impacto na situação de saúde do desenvolvimento e implementação dessa nova prática, mediante indicadores previamente estabelecidos; - atuar na especialidade com resolubilidade;

- trabalhar utilizando o sistema de referência/contra-referência num processo educativo; e

- discutir clinicamente os casos em reuniões tanto do núcleo quanto das equipes adscritas.

2. Centros especializados

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade deverão participar do sistema referência/contra-referência, atuando de forma resolutiva no processo de educação permanente.

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos na rede hospitalar do SUS.

Para toda inserção de profissionais que exerçam a acupuntura no SUS será necessário o título de especialista.

Deverão ser elaboradas normas técnicas e operacionais compatíveis com a implantação e o desenvolvimento dessas práticas no SUS.

Diretriz MTCA 2

Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante os princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS.

1. Incentivo à capacitação para que a equipe de saúde desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde - individuais e coletivas - na lógica da MTC, uma vez que essa capacitação deverá envolver conceitos básicos da MTC e práticas corporais e meditativas. Exemplo: Tuí-Na, Tai Chi Chuan, Lian Gong. Chi Gong, e outros que compõem a atenção à saúde na MTC.

2. Incentivo à formação de banco de dados relativos a escolas formadoras.

3. Articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/acupuntura nos cursos de graduação e pós-graduação para as profissões da saúde.

Diretriz MTCA 3

Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS.

1. Para usuários Divulgação das possibilidades terapêuticas; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais, além de ênfase no aspecto de prevenção de agravos e promoção das práticas corporais.

2. Para profissionais Divulgação dos usos e possibilidades, necessidade de capacitação específica, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais e papel do profissional no Sistema.

3 Para gestores Usos e possibilidades terapêuticas, necessidade de investimento em capacitação específica de profissionais, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais; possível redução de custos e incentivos federais para tal investimento.

Diretriz MTCA 4

Garantia do acesso aos insumos estratégicos para MTC/Acupuntura na perspectiva da garantia da qualidade e seguranças das ações.

1. Estabelecimento de normas relativas aos insumos necessários para a prática da MTC/acupuntura com qualidade e segurança: agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados; moxa (carvão e/ou artemísia); esfera vegetal para acupuntura auricular; esfera metálica para acupuntura auricular; copos de ventosa; equipamento para eletroacupuntura; mapas de pontos de acupuntura.

2. Elaboração de Banco Nacional de Preços para esses produtos.

Diretriz MTCA 5

Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MTC/acupuntura.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Para o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação, deverão ser criados códigos de procedimentos, indicados a seguir, para que os indicadores possam ser compostos.

Serão contemplados para a criação dos códigos SAI/SUS para registro e financiamento dos procedimentos de acupuntura as categorias profissionais regulamentadas.

1. Inserção de códigos de procedimentos para informação e financiamento

- Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas agulhamento seco em zonas neurorreativas de acupuntura (pontos de acupuntura)

Sessão de Acupuntura - outros procedimentos:

a) aplicação de ventosas - consiste em aplicar recipiente de vidro ou plástico, onde se gera vácuo, com a finalidade de estimular zonas neurorreativas (pontos de acupuntura);

b) eletroestimulação - consiste em aplicar estímulos elétricos determinados, de freqüência variável de 1 a 1000 Hz, de baixa voltagem e baixa amperagem em zonas neurorreativas (pontos de acupuntura); e

c) aplicação de laser de baixa potência em acupuntura - consiste em aplicar um estímulo produzido por emissor de laser de baixa potência (5 a 40 mW), em zona neurorreativa de acupuntura

1.1 Inserção nos códigos 04.011.03-1; 04.011.02-1; 0702101- 1; 0702102-0, já existentes na tabela SIA/SUS, dos profissionais faltantes - para registro das ações de promoção da saúde em MTC/acupuntura.

2. Criação de códigos para registro de práticas corporais

Considerando que a MTC contempla em suas atividades de atenção à saúde práticas corporais, deverão ser criados códigos específicos para as práticas corporais no SUS para registro da informação:

- práticas corporais desenvolvidas em grupo na unidade, a exemplo do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, do Chi Gong, automassagem;

- práticas corporais desenvolvidas em grupo na comunidade, a exemplo do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, do Chi gong; automassagem;

- práticas corporais individuais, a exemplo do Tuí-Na, da meditação, do Chi Gong; automassagem.

3. Avaliação dos serviços oferecidos

Estabelecimento de critérios para o acompanhamento da implementação e implantação da MTC/acupuntura, tais como: cobertura de consultas em acupuntura; taxa de procedimentos relacionados com a MTC/acupuntura; taxa de ações educativas relacionadas com a MTC/acupuntura; taxa de procedimentos relativos às práticas corporais - MTC/acupuntura, entre outros.

4. Acompanhamento da ação dos Estados no apoio à implantação desta Política Nacional.

Diretriz MTCA 6

Integração das ações da MTC/acupuntura com políticas de saúde afins. Para tanto, deverá ser estabelecida integração com todas as áreas do MS, visando à construção de parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

Diretriz MTCA 7

Incentivo à pesquisa com vistas a subsidiar a MTC/acupuntura no SUS como nicho estratégico da política de pesquisa no Sistema.

1. Incentivo a linhas de pesquisa em MTC/acupuntura que:

- aprimorem sua prática e avaliem sua efetividade, segurança e aspectos econômicos, num contexto pragmático, associado ou não a outros procedimentos e práticas complementares de saúde; experiências bem sucedidas (serviços e municípios);

- identifiquem técnicas e condutas mais eficazes, efetivas, seguras e eficientes para a resolução de problemas de saúde de uma dada população;

- apontem estratégias para otimização da efetividade do tratamento pela acupuntura e práticas complementares; e

- estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, educação permanente e pesquisa com países onde a MTC/acupuntura esteja integrada ao serviço público de saúde.

Deverá ser observado, para o caso de pesquisas clínicas, o desenvolvimento de estudos que sigam as normas da CONEP/CNS.

Diretriz MTCA 8

Garantia de financiamento para as ações da MTC/acupuntura.

Para viabilizar o financiamento do modelo de atenção proposto, deverão ser adotadas medidas relativas:

- à inserção dos códigos de procedimentos com o objetivo de ampliar as informações sobre a MTC/ acupuntura no Sistema e promover o financiamento das intervenções realizadas;

- à garantia de um financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Consideração: deverá ser realizada avaliação trimestral do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

4.2. NA HOMEOPATIA

Premissa: desenvolvimento da Homeopatia em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz H 1 Incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. garantir as condições essenciais à boa prática em homeopatia, considerando suas peculiaridades técnicas, Infra-estrutura física adequada e insumos,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

2. apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção básica, obedecendo aos seguintes critérios:; - priorizar mecanismos que garantam a inserção da atenção homeopática dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF; - na unidade de atenção básica prestar atendimento, de acordo com a demanda espontânea ou referenciada, aos usuários em todas as faixas etárias; - no caso da unidade do Saúde da Família (SF) possuir um profissional homeopata como médico do Saúde da Família, a ele deve ser oportunizada a prática da homeopatia, sem prejuízo das atribuições pertinentes ao profissional da estratégia de saúde da família;

3. apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção especializada: - nos ambulatórios de especialidades ou nos centros de referência, prestar atendimento, de acordo com a demanda, aos usuários em todas as faixas etárias e prestar apoio técnico aos demais serviços da rede local; - em emergências, unidades de terapia intensiva, centros de cuidados paliativos ou em enfermarias hospitalares a homeopatia pode ser incorporada de forma complementar e contribuir para a maior resolubilidade da atenção;

4. estabelecer critérios técnicos de organização e funcionamento da atenção homeopática em todos os níveis de complexidade, de modo a garantir a oferta de serviços seguros, efetivos e de qualidade, avaliando as iniciativas já existentes nas unidades federadas e com a participação das sociedades cientificas homeopáticas reconhecidas;

5. estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações relativas às experiências no campo da atenção homeopática com países onde a homeopatia esteja integrada ao serviço público de saúde.

Diretriz H 2

Garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas. Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. criar mecanismos de financiamento que garantam o acesso aos insumos inerentes à prática da homeopatia:

- repertório homeopático e matéria médica homeopática em forma impressa e em software;

2. criar incentivo para a garantia de acesso a medicamentos homeopáticos na perspectiva de:

- incentivo a implantação e/ou à adequação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, com possibilidade de ampliação para fitoterápicos, que atendam a demanda e à realidade loco-regional, segundo critérios estabelecidos, e em conformidade com a legislação vigente;

- estíimulo à implantação de projetos para produção de matrizes homeopáticas nos laboratórios oficiais visando ano fornecimento às farmácias de manipulação de medicamentos homeopáticos locais ou regionais;

3 - garantir mecanismos de financiamento para projetos e programas de formação e educação permanente, que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, mediante demanda loco-regional e pactuação nos Pólos de Educação Permanente em Saúde;

4 - para a estruturação física dos serviços o Ministério da Saúde dispõe anualmente de financiamento federal por meio de convênios a partir de projetos apresentados ao Fundo Nacional de Saúde, cabendo também aos Estados e aos municípios o co-financiamento para a estruturação dos serviços de atenção homeopática;

5 - garantir financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da homeopatia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular.

Consideração: deverá ser realizada avaliação periódica do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

Diretriz H 3

Provimento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. inclusão da homeopatia na política de Assistência Farmacêutica das três esferas de gestão SUS;

2. contemplar, na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de homeopáticos que atendam as necessidades do SUS nesta área;

3. ampliar a oferta de medicamentos homeopáticos, por intermédio de farmácias publicas de manipulação que atendam à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área e com ênfase na assistência farmacêutica;

- criar incentivo voltado à implantação ou à melhoria de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos (possibilidade de ampliação para fitoterápicos), com contrapartida do município e/ou do Estado para sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos

- elaboração de Banco Nacional de Preços para os materiais de consumo necessários ao funcionamento da farmácia de manipulação para dar suporte ao processo de licitação realizado pelos Estados e municípios;

4. incentivar a produção pelos laboratórios oficiais de: - matrizes homeopáticas visando ao seu fornecimento às farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, estimulando parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e baseando-se na lista de policrestos e semipolicrestos definida pela Farmacotécnica Homeopática Brasileira - 2ª edição de 1997; - medicamentos homeopáticos pelos laboratórios oficiais, objetivando seu fornecimento aos Estados e aos municípios e segundo estudos de viabilidade econômica;

5. induzir e apoiar a iniciativa local na identificação dos medicamentos - formas farmacêuticas, escalas, dinamizações e métodos empregados - necessários e mais utilizados nos serviços de homeopatia já existentes, elaborando, a partir, uma relação de orientação para a produção dos medicamentos e para as unidades de saúde, sujeita à revisão periódica e atendendo à realidade local;

Diretriz H 4

Apoio a projetos de formação e de educação permanente, promovendo a qualidade técnica dos profissionais e consoante com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente. Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. promover a discussão da homeopatia na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, por intermédio das instituições formadoras da área, dos usuários e dos profissionais de saúde homeopatas, visando à qualificação dos profissionais no SUS; - articular, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente em Saúde no SUS, a realização de diagnóstico acerca das dificuldades e das limitações atuais na prática clínica homeopática, no que se refere à formação e à necessidade de educação permanente dos profissionais homeopatas que atuam nos diversos níveis de complexidade do SUS, da atenção básica à atenção especializada;

2. Prover apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento de projetos e programas de formação e educação permanente que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, considerando: - a adoção de metodologias e formatos adequados às necessidades e às viabilidades locais e/ou loco-

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

regionais, incluindo o ensino a distância e a formação em serviço; - a pactuação de ações e iniciativas no campo da Educação Permanente em Saúde e que atenda à demanda loco-regional;

3. elaborar material informativo com o objetivo de apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente dos profissionais homeopatas, observando: os princípios e diretrizes do SUS; as recomendações da Política de Educação Permanente; os critérios estabelecidos pelas instituições homeopáticas de representação nacional, em termos das habilidades e competências dos profissionais homeopatas; e as diretrizes desta política;

4. apoiar técnica e financeiramente a estruturação física da homeopatia nos centros de referência, com atribuições: na implementação de atividades de ensino em serviço (estágios, formação e educação permanente); no desenvolvimento de pesquisas em homeopatia de interesse para o SUS; na integração de atividades de assistência, ensino e pesquisa, em articulação com princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS;

5. promover a inclusão da racionalidade homeopática nos cursos de graduação e pós-graduação strictu e lato sensu para profissionais da área de saúde;

6. promover a discussão sobre a homeopatia no processo de modificação do ensino de graduação;

7. fomentar e apoiar junto ao Ministério da Educação projetos de residência em homeopatia;

8. fomentar e apoiar iniciativas de criação e manutenção de Fórum Virtual Permanente, permitindo um espaço de discussão acerca da formação/episteme homeopática e modelo de atenção, de modo a tornar disponíveis produções, experiências e documentos visando à implementação da atenção homeopática no SUS;

9. apoiar a realização de fóruns de homeopatia nas três esferas de governo, objetivando a discussão e a avaliação da implantação e implementação da homeopatia no SUS;

10. estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, da educação permanente e da pesquisa com países onde a homeopatia esteja integrada ao serviço público de saúde.

Diretriz H5

Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. desenvolver instrumentos adequados de acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS, com ênfase no acompanhamento e na avaliação das dificuldades de inserção identificadas e sua superação; e na criação de mecanismos para coleta de dados que possibilitem estudos e pesquisas e que sirvam como instrumentos no processo de gestão;

2. acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS;

3. incluir no sistema de informação do SUS os procedimentos em homeopatia referente a atividade de educação e saúde na atenção básica para os profissionais de saúde de nível superior;

4. identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação Homeopática no cadastro de estabelecimentos de saúde

Diretriz H 6

Socializar informações sobre a homeopatia e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. incluir a homeopatia na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

2. produzir materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação da homeopatia, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, dos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e aos discentes da área de saúde e comunidade em geral;

3. apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre homeopatia em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;

4. identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em homeopatia;

5. prover apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em homeopatia, considerando a pactuação de ações e iniciativas de Educação Permanente em Saúde no SUS.

Diretriz H 7

Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção homeopática no SUS.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. incluir a homeopatia nas linhas de pesquisa do SUS;

2. identificar e estabelecer rede de apoio, em parceria com instituições formadoras, associativas e representativas da homeopatia, universidades, faculdades e outros órgãos dos governos federal, estaduais e municipais, visando: - ao fomento à pesquisa em homeopatia; - à identificação de estudos e pesquisas relativos à homeopatia existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações; - criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em homeopatia realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

3. identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em homeopatia;

4. apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre homeopatia;

5. priorizar as linhas de pesquisas em homeopatia a serem implementadas pelo SUS, em especial aquelas que contemplem a avaliação da eficácia, da eficiência e da efetividade da homeopatia, visando ao aprimoramento e à consolidação da atenção homeopática no SUS;

6. apoiar a criação e a implantação de protocolos para avaliação de efetividade, resolubilidade, eficiência e eficácia da ação da homeopatia nas endemias e epidemias;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

7. acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS.

4.3. NAS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

Diretriz PMF 1

Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. realizar diagnóstico situacional das plantas medicinais e fitoterápicos utilizados em programas estaduais, municipais e outros relacionados ao tema;

2. estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e fitoterápicos nas Relações Nacionais, baseados nos conceitos de eficácia e segurança;

3. identificar as necessidades da maioria da população, a partir de dados epidemiológicos das doenças passíveis de serem tratadas com plantas medicinais e fitoterápicos;

4. elaborar monografias padronizadas das plantas medicinais e fitoterápicos constantes nas Relações.

Diretriz PMF 2

Provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. tornar disponíveis plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas unidades de saúde, de forma complementar, seja na estratégia de saúde da família, seja no modelo tradicional ou nas unidades de média e alta complexidade, utilizando um ou mais dos seguintes produtos: planta medicinal “in natura”, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado.

1.1. Quando a opção for pelo fornecimento da planta medicinal “in natura”, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais;

- fornecimento do memento referente às espécies utilizadas;

- utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, do solo e da água;

- implantação e manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais e/ou estimulando hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas.

1.2. Quando a opção for pelo fornecimento da planta seca (droga vegetal), deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais;

- fornecimento do memento referente às espécies utilizadas;

- utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, do solo e da água;

- obtenção da matéria-prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, de cooperativas, de associações de produtores, de extrativismo sustentável ou de outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

- oferta de local adequado para o armazenamento das drogas vegetais.

1.3. Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico manipulado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento do fitoterápico manipulado conforme memento associado à Relação Nacional de Plantas Medicinais e à legislação pertinente para atender as necessidades do SUS nesta área;

- utilização de matéria-prima vegetal, processada de acordo com às boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, de cooperativas, de associações de produtores, extrativismo sustentável ou de outros, com alvará ou licença de órgãos competente para tal;

- utilização dos derivados de matéria-prima vegetal, processados de acordo com as boas praticas de fabricação, oriundos de fornecedores com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

- ampliação da oferta de fitoterápicos, por intermédio de farmácias públicas com manipulação de fitoterápicos, que atenda à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área;

- elaboração de monografias sobre produtos oficinais (fitoterápicos) que poderão ser incluídos na farmacopéia brasileira;

- contemplar, na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de fitoterápicos que atendam às necessidades do SUS nesta área.

1.4. Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico industrializado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento do produto conforme a Relação Nacional de Fitoterápicos;

- estímulo à produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais;

- fornecimento de fitoterápicos que atendam a legislação vigente;

- aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços municipais de assistência farmacêutica.

Diretriz PMF 3

Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. definir localmente, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS, a formação e educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia para os profissionais que

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

atuam nos serviços de saúde. A educação permanente de pessoas e equipes para o trabalho com plantas medicinais e fitoterápicos, dar-se-á nos níveis:

1.1. básico interdisciplinar comum a toda a equipe: contextualizando as Práticas Integrativas e Complementares, contemplando os cuidados gerais com as plantas medicinais e fitoterápicos.

1.2. específico para profissionais de saúde de nível universitário: detalhando os aspectos relacionados à manipulação, do uso e à prescrição das plantas medicinais e fitoterápicos.

1.3. específico para profissionais da área agronômica: detalhando os aspectos relacionados à cadeia produtiva de plantas medicinais.

2. estimular a elaboração de material didático e informativo visando apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente.

3. estimular estágios nos serviços de fitoterapia aos profissionais das equipes de saúde e aos estudantes dos cursos técnicos e de graduação.

4. estimular as universidades a inserir, nos cursos de graduação e pós-graduação envolvidos na área, disciplinas com conteúdo voltado às plantas medicinais e fitoterapia.

Diretriz PMF 4

Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. desenvolver instrumentos de acompanhamento e avaliação;

2. monitorar as ações de implantação e implementação por meio dos dados gerados;

3. propor medidas de adequação das ações, subsidiando as decisões dos gestores a partir dos dados coletados;

4. identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos no cadastro de estabelecimentos de saúde.

Diretriz PMF 5

Fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. resgatar e valorizar o conhecimento tradicional e promover a troca de informações entre grupos de usuários, detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos;

2. estimular a participação de movimentos sociais com conhecimento do uso tradicional de plantas medicinais nos Conselhos de Saúde;

3. incluir os atores sociais na implantação e na implementação desta Política Nacional no SUS;

4. ampliar a discussão sobre a importância da preservação ambiental na cadeia produtiva;

5. estimular a participação popular na criação de hortos de espécies medicinais como apoio ao trabalho com a população, com vistas à geração de emprego e renda.

Diretriz PMF 6

Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. para a obtenção de plantas in natura - planejar, a partir da articulação entre as esferas de competência a implantação e a manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais ou hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas;

2. para a obtenção de plantas secas - planejar, a partir da articulação entre as esferas de competência, a obtenção de matéria prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, cooperativas, associações de produtores, extrativismo sustentável ou outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

3. para a obtenção de fitoterápico manipulado - criar incentivo voltado à implantação ou à melhoria das farmácias públicas de manipulação de fitoterápicos, com possibilidade de ampliação para homeopáticos, com contrapartida do município e/ou do estado para sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos e legislação pertinente para atender às necessidades do SUS nesta área;

4. para a obtenção de fitoterápico industrializado - incentivar a produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais, assim como criar incentivo para aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços de assistência farmacêutica;

5. para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da fitoterapia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional - garantir financiamento específico.

Diretriz PMF 7

Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do País. Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. garantir linhas de financiamento nos Ministérios da Saúde, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, do Meio Ambiente, da Ciência e Tecnologia, nas Fundações de Amparo à Pesquisa, na Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/Opas), para pesquisas sobre os itens da Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e para estímulo à produção nacional, visando assegurar o fornecimento regular ao mercado interno;

2. incorporar à Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização para o SUS na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa e Saúde;

3. estimular linhas de pesquisa em fitoterapia nos cursos de pós-graduação strictu sensu junto às universidades e aos institutos de pesquisa;

4. incentivar a realização e a aplicação de protocolos para o desenvolvimento de pesquisa em fitoterapia, relacionada aos aspectos epidemiológicos, clínicos e da assistência farmacêutica;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

5. promover pesquisa e desenvolvimento tecnológico, com base no uso tradicional das plantas medicinais, priorizando as necessidades epidemiológicas da população, com ênfase nas espécies nativas e naquelas que estão sendo utilizadas no setor público e nas organizações dos movimentos sociais;

6. garantir recursos para apoio e desenvolvimento de centros de pesquisas clínicas na área da fitoterapia;

7. incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia;

8. - implantar bancos de dados dos programas de fitoterapia, das instituições de pesquisas, dos pesquisadores e dos resultados de pesquisas com plantas medicinais e fitoterápicos.

Diretriz PMF 8

Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS. Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. divulgar as Relações Nacionais de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos;

2. garantir o suporte técnico em todas as etapas de implantação e implementação da fitoterapia;

3. envolver os gestores do SUS no desenvolvimento das ações de comunicação e divulgação, oferecendo os meios necessários (conteúdos, financiamento e metodologias, entre outros);

4. desenvolver campanhas educativas buscando a participação dos profissionais de saúde com vistas ao uso racional;

5. desenvolver ações de informação e divulgação aos usuários do SUS, por meio de cartazes, cartilhas, folhetos, vídeos, entre outros, respeitando as especificidades regionais e culturais do País;

6. incluir a fitoterapia na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

7. desenvolver ações de farmacoepidemiologia e farmacovigilância;

8. identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em fitoterapia.

Diretriz PMF 9

Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. financiamento aos laboratórios oficiais de controle de qualidade;

2. implantação/inserção de sistema de informação sobre o uso, os efeitos e a qualidade destes medicamentos;

3. formação dos profissionais de Vigilância Sanitária para o monitoramento da qualidade destes medicamentos;

4. apoio aos serviços de vigilância sanitária para o desempenho neste campo.

4.4. NO TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

Diretriz TSC 1

Incentivo à criação de Observatórios de Saúde onde atualmente são desenvolvidas experiências em Termalismo Social, no âmbito do SUS

Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão:

1. instituir, mediante termos de cooperação técnica bipartite ou tripartite, observatório das experiências consolidadas no termalismo social, acompanhando sua inserção no SUS local;

2. desenvolver ações de acompanhamento e avaliação das práticas de termalismo/crenoterapia desenvolvidas nos serviços;

3. apoiar as iniciativas de divulgação e capacitação para ações referentes ao termalismo social/crenoterapia no SUS;

4. estimular a interlocução entre as esferas de governo e a sociedade civil visando à implantação de Projetos Piloto de termalismo nos Estados e nos municípios que possuem fontes de água mineral com potencial terapêutico;

5. estimular as esferas governamentais para realização de análises físico-químicas periódicas das águas minerais;

6. apoiar estudos e pesquisas sobre a utilização terapêutica das águas minerais;

7. Elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios de Saúde.

5. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

5.1. GESTOR FEDERAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Estimular pesquisas nas áreas de interesse, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para as Práticas Integrativas e Complementares.

- Estabelecer diretrizes para a educação permanente em Práticas Integrativas e Complementares.

- Manter articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional.

- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

- Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Garantir a especificidade da assistência farmacêutica em homeopatia e fitoterapia para o SUS na regulamentação sanitária.

- Elaborar e revisar periodicamente a Relação Nacional de Plantas Medicinais, a Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e a Relação Nacional de Fitoterápicos (esta última, segundo os critérios da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/Rename).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

- Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas Relações Nacionais.

- Elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS.

- Elaborar mementos associados à Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos.

- Estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS.

- Fortalecer o Sistema de Farmacovigilância Nacional, incluindo ações relacionadas às plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

- Implantar um banco de dados dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, das instituições de ensino e pesquisa, assim como de pesquisadores e resultados das pesquisas cientificas em Práticas Integrativas e Complementares.

- Criação de Banco Nacional de Preços para os insumos das Práticas Integrativas e Complementares pertinentes, para orientação aos estados e aos municípios.

5.2. GESTOR ESTADUAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede de saúde.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

- Implementar as diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade loco-regional.

- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

- Manter articulação com municípios para apoio à implantação e à supervisão das ações.

- Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

- Exercer a vigilância sanitária no tocante as Práticas Integrativas e Complementares e ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

- Apresentar e aprovar proposta de inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no Conselho Estadual de Saúde.

5.3. GESTOR MUNICIPAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede municipal de saúde.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

- Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde.

- Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política.

~~ANEXO 2 DO ANEXO XXV~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)
~~Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS (Origem: PRT MS/GM 1600/2006)~~

~~Art. 1º~~ ~~Fica aprovada, na forma do Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXV , a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira complementar ao Anexo XXV , que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Art. 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

~~Art. 2º~~ ~~Os órgãos e as entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Portaria ora aprovada, promoverão a elaboração e a adequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Art. 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

~~ANEXO A DO ANEXO 2 DO ANEXO XXV~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)
~~Criação e diretriz do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Anexo 1)~~

~~1. Introdução~~

~~A Medicina Antroposófica apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde.~~

~~Entre os recursos terapêuticos da Medicina Antroposófica, destacam-se: a utilização de aplicações externas (banhos e compressas), massagens, movimentos rítmicos, terapia artística e uso de medicamentos naturais (fitoterápicos e medicamentos diluídos e dinamizados).~~

~~As experiências presentes no SUS colocam-se como um campo de interesse para acompanhamento e observação por oferecerem contribuições significativas para a abordagem da Atenção Básica, destacando-se a utilização de recursos que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.~~

~~Considerando-se o estágio de implantação destas experiências no SUS, propõe-se implantar, no âmbito do Ministério da Saúde, Observatório com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre as práticas e seu impacto na saúde.~~

~~Diretriz Única~~

~~Criação de Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, no âmbito do Ministério da Saúde.~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

~~Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão:~~

~~1. instituir Observatório das experiências já consolidadas de Medicina Antroposófica no SUS, articulando-se as três esferas de gestão;~~

~~2. desenvolver metodologias apropriadas para o acompanhamento e avaliação das práticas desenvolvidas nos serviços; e~~

~~3. elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios.~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

ANEXO 3 DO ANEXO XXV

Aprova a definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga na PNPIC (Origem: PRT MS/GM 849/2017)

Art. 1º Ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga apresentadas no Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV . (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Art. 1º)

Art. 2º As práticas citadas neste Anexo atenderão às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Art. 2º)

ANEXO A DO ANEXO 3 DO ANEXO XXV

Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Anexo 1)

Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023".

A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) e orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas trazendo para o Sistema único de Saúde (SUS) práticas que atendam as necessidades regionais.

Os 10 anos da Política trouxeram avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou que as 14 práticas a serem incluídas por esta Portaria estão presentes nos serviços de saúde em todo o país.

Esta Portaria, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS.

DESCRIÇÃO

ARTETERAPIA

É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida.

A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias percepções, ampliando a percepção do individuo sobre si e do mundo. A arte é utilizada no cuidado à saúde com pessoas de todas as idades, or meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o stress e experiências traumáticas.

AYURVEDA

É considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Utilizou-se de observação, experiência e os recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado.

Ayurveda significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual.

A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver.

No Ayurveda a investigação diagnóstica leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa. Considera que a doença inicia-se muito antes de ser percebida no corpo, aumentando o papel preventivo deste sistema terapêutico, tornando possível tomar medidas adequadas e eficazes com antecedência.

Os tratamentos no Ayurveda levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o dosha (humores biológicos) do indivíduo. Assim, cada tratamento é planejado de forma individual. São utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e o cuidado dietético.

A teoria dos três doshas (tridosha) é o princípio que rege a intervenção terapêutica no Ayurveda. As características dos doshas podem ser consideradas uma ponte entre as características emocionais e fisiológicas. Cada dosha está relacionado a uma essência sutil: Vata, a energia vital; Pitta o fogo essencial; e Kapha está associado à energia mental.

A abordagem terapêutica básica é aquela que pode ser realizada pelo próprio indivíduo através do autocuidado, sendo o principal tratamento.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

BIODANÇA

É uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva.

Configura-se como um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de integração psicofísica, de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. Sua metodologia vivencial estimula uma dinâmica de ação que atua no organismo potencializando o protagonismo do indivíduo para sua própria recuperação. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo passam ocupar lugar de destaque nas ações de saúde.

É um processo altamente integrativo, sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Nesse sentido, configura-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), produzindo efeitos na saúde como: ativar a totalidade do organismo; gerar processos adaptativos e integrativos; através da otimização da homeostase do organismo.

DANÇA CIRCULAR

Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.

O principal enfoque na Dança Circular não é a técnica e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória.

As danças circulares podem criar espaços significativos para o desenvolvimento de estados emocionais positivos, tornando-se um recurso importante no contexto de grupos, uma vez que estimulam a cooperação, despertam o respeito ao outro, a integração, a inclusão e o acolhimento às diversidades. A prática tem o potencial mobilizador da expressão de afetos e de reflexões que resultam na ampliação da consciência das pessoas.

No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência e do prazer pela participação plena dos processos internos de transformação, promovendo o bem-estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima; a consciência corporal, entre outros benefícios.

MEDITAÇÃO

É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "êxtase".

A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo.

Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Atrelado a isso, o conjunto de atitudes e comportamentos, aliado aos mecanismos de enfrentamento escolhidos pelo indivíduo diante as diversas situações da vida, tem impacto sobre sua saúde ou doença.

A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.

MUSICOTERAPIA

É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

É importante destacar que a utilização terapêutica da música se deve à influência que esta exerce sobre o indivíduo, de forma ampla e diversificada. No desenvolvimento humano a música é parte inerente de sua constituição, pois estimula o afeto, a socialização e movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida.

A Musicoterapia favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado junto a outras práticas, facilitando abordagens interdisciplinares, pois promove relaxamento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o diálogo entre os indivíduos e profissionais.

NATUROPATIA

É entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. Tem sua origem fundamentada nos saberes de cuidado em saúde de diversas culturas, particularmente aquelas que consideram o vitalismo, que consiste na existência de um princípio vital presente em cada indivíduo, que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental, em sua cosmovisão.

A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos.

Cada indivíduo recebe um tratamento individualizado, planejado para suas especificidades, seguindo seis princípios fundamentais: não fazer mal - por meio do uso de métodos que minimizam o risco de efeitos colaterais; identificar e tratar as causas fundamentais da doença - identificando e removendo as causas subjacentes das doenças ao invés de suprimir os sintomas; ensinar os princípios de uma vida saudável e uma prática promocionista - compartilhando conhecimentos com os indivíduos e os encorajando a ter responsabilidade sob sua própria saúde; tratar o indivíduo como um todo por meio de um tratamento individualizado - compreendendo fatores físicos, mentais, emocionais, espirituais, genéticos, espirituais, ambientais e sociais únicos que contribuem para a doença e, personalizando os protocolos de tratamento para o indivíduo; dar ênfase à prevenção de agravos e doenças e à promoção da saúde - avaliando os fatores de risco e vulnerabilidades e recomendando intervenções apropriadas para manter e expandir a saúde e prevenir a doença e, dar suporte ao poder de cura do organismo - reconhecendo e removendo os obstáculos que interferem no processo de autocura do corpo.

OSTEOPATIA

É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. Desta forma, a osteopatia diferencia-se de outros métodos de manipulação pois busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase.

Pode ser subdividida basicamente em três classes, a saber: osteopatia estrutural; osteopatia craniana; osteopatia visceral. Esta abordagem para os cuidados e cura do indivíduo, se baseia no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, em que todas as partes se inter-relacionam e que possui seus próprios mecanismos para a autorregulação e a autocura.

O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade tridimensional de qualquer elemento conjuntivo, caracterizadas por restrições de mobilidade (hipomobilidades).

A osteopatia diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada à própria cura.

QUIROPRAXIA

É uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral.

São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação, que gera uma cavitação.

O ajuste articular promovido pela Quiropraxia é aplicado em segmentos específicos e nos tecidos adjacentes com objetivo de causar influência nas funções articulares e neurofisiológicas a fim de corrigir o complexo de subluxação, cujo modelo é descrito como uma disfunção motora segmentar, o qual incorpora a interação de alterações patológicas em tecidos nervosos, musculares, ligamentosos, vasculares e conectivos.

REFLEXOTERAPIA

Também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.

As áreas do corpo foram projetadas nos pés, depois nas mãos, na orelha e também em outras partes do corpo, passando a ser conhecida como microssistemas, que utiliza o termo "Terapias Reflexas", Reflexoterapia ou Reflexologia.

A planta dos pés apresenta mais de 72.000 terminações nervosas; na existência de um processo patológico, vias eferentes enviam fortes descargas elétricas que percorrem a coluna vertebral e descendo pelos nervos raquidianos, pelas pernas, as terminações nervosas livres, que se encontram nos pés criam um campo eletromagnético que gera uma concentração sanguínea ao redor de determinada área. Quanto maior a concentração de sangue estagnado, mais crônicas e mais graves são as patologias.

REIKI

É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral.

A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios - "nós energéticos" - eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital.

A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. A prática do Reiki, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital.

SHANTALA

É uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional.

Promove e fortalece o vínculo afetivo, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. Permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar.

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)

É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas.

A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas.

Está fundamentada em cinco eixos teóricos que são: a Pedagogia de Paulo Freire, a Teoria da Comunicação, o Pensamento Sistêmico, a Antropologia Cultural e a Resiliência. Reforça a autoestima e fortalece vínculos positivos, promovendo redes solidárias de apoio e otimizando recursos disponíveis da comunidade, é fundamentalmente uma estratégia integrativa e intersetorial de promoção e cuidado em saúde. Tendo a possibilidade de ouvir a si mesmo e aos outros participantes, a pessoa pode atribuir outros significados aos seus sofrimentos, diminuído o processo de somatização e complicações clínicas.

É uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Um conjunto de ásanas (posturas corporais) pode reduzir a dor lombar e melhorar Para harmonizar a respiração, são praticados exercícios de controle respiratório denominados de prânâyâmas. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não-violência.

A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

ANEXO 4 DO ANEXO XXV

(Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Aprova a definição das práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares apresentadas no Anexo A . (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Art. 1º Ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC, as seguintes práticas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapiaapresentadas, nos termos do Anexo A. (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Art. 2º As práticas citadas neste Anexo atenderão às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

ANEXO A DO ANEXO 4 DO ANEXO XXV

(Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Definição das práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapiaapresentadas

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica, e Termalismo Social/Crenoterapia, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023".

A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) e orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas trazendo para o Sistema único de Saúde (SUS) práticas que atendam as necessidades regionais.

Os 10 anos da Política trouxeram avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou que as 14 práticas a serem incluídas por esta Portaria estão presentes nos serviços de saúde em todo o país.

Esta Portaria, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS.

DESCRIÇÃO

APITERAPIA

A apiterapia é método integrativo que utiliza os produtos produzidos pelas abelhas em suas colmeias para promoção e manutenção da saúde, e auxílio complementar no tratamento de algumas condições alteradas, praticado desde a antiguidade conforme mencionado por Hipócrates em alguns textos, e em textos chineses e egípcios. Esses produtos são denominados apiterápicos e incluem a apitoxina, a geleia real e o pólen, a própolis, o mel, dentre outros, que compõem categorias diferenciadas.

A utilização da apitoxina como prática integrativa e complementar recebe a denominação de apipuntura, quando a estimulação ocorre nos pontos estratégicos do corpo similares aos definidos para a acupuntura, seja pela introdução do próprio ferrão da abelha ou por meio de agulhas apropriadas. Porém, outros modos consistem em aplicação sublingual, subcutânea com agulhas, injeções ou tópicas, com processamento industrializado de doses de apitoxina, o que torna a toxina menos ativa. A apitoxina age como anestésico na pele, com ação da endorfina muito alta, e apesar da dor inicial acaba relaxando a área de aplicação.

Em situações específicas, a apiterapia pode contribuir com o Sistema Único de Saúde principalmente quando analisada comparativamente às melhorias que ela pode proporcionar a alguns pacientes, com economia de gastos da instituição pública por utilizar matéria-prima de baixo custo.

AROMATERAPIA

A aromaterapia é prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais - os óleos essenciais (OE) - a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene. Na década de 30, a França e a Inglaterra passaram a adotar e pesquisar o uso terapêutico dos óleos essenciais, sendo considerada prática integrante da aromatologia - ciência que estuda os óleos essenciais e as matérias aromáticas quanto ao seu uso terapêutico em áreas diversas como na psicologia, cosmética, perfumaria, veterinária, agronomia, marketing e outros segmentos.

No Brasil, a aromaterapia é reconhecida como uma prática integrativa e complementar com amplo uso individual e/ou coletivo, podendo ser associada a outras práticas como talassoterapia e naturopatia, e considerada uma possibilidade de intervenção que potencializa os resultados do tratamento adotado. Como prática multiprofissional, tem sido adotada por diversos profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, veterinários, terapeutas holísticos, naturistas, dentre outros, e empregada nos diferentes setores da área para auxiliar de modo complementar a estabelecer o reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo.

Somados todos os fatos apresentados, a aromaterapia pode contribuir com o Sistema Único de Saúde, agregando benefícios ao paciente, ao ambiente hospitalar e colaborando com a economia de gastos da instituição pública por utilizar matéria-prima de custo relativamente baixo, principalmente quando analisada comparativamente às grandes vantagens que ela pode proporcionar.

BIOENERGÉTICA

A bioenergética é uma visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, e movimentos sincronizados com a respiração. Trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos. Propõe a interação homem-corpo-emoção-razão, sendo conduzida a partir da análise desses componentes por meio de conceitos fundamentais (couraça muscular, anéis ou segmentos da couraça muscular) e técnicas corporais (grounding, respiração e massagem).

A bioenergética considera que o corpo é capaz de traduzir, em linguagem não verbal, as suas necessidades, por meio de simbolismos ou sintomas apresentando uma memória celular que registra experiências e reage a estes padrões.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Desta forma, torna-se possível "ler" no corpo, também, as resistências e defesas do indivíduo, uma vez que ele revela expressões emocionais vividas até o momento. Este tipo de defesa, reconhecida como uma couraça, atua tanto na proteção do indivíduo contra ações externas e experiências traumatizantes, quanto na diminuição, de forma gradual, da espontaneidade nas relações humanas, da capacidade de auto percepção, da sensibilidade para o amor, do afeto e compaixão, bem como, dificulta a respiração plena e profunda.

A bioenergética pode contribuir com o Sistema Único de Saúde ao proporcionar ao paciente condições de liberar tensões, facilitar a expressão, favorecer o autoconhecimento e promover uma vida mais saudável.

CONSTELAÇÃO FAMILIAR

A constelação familiar é uma técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família. Desenvolvida nos anos 80 pelo psicoterapeuta alemão Bert Hellinger, que defende a existência de um inconsciente familiar - além do inconsciente individual e do inconsciente coletivo - atuando em cada membro de uma família. Hellinger denomina "ordens do amor" às leis básicas do relacionamento humano - a do pertencimento ou vínculo, a da ordem de chegada ou hierarquia, e a do equilíbrio - que atuam ao mesmo tempo, onde houver pessoas convivendo. Segundo Hellinger, as ações realizadas em consonância com essas leis favorece que a vida flua de modo equilibrado e harmônico; quando transgredidas, ocasionam perda da saúde, da vitalidade, da realização, dos bons relacionamentos, com decorrente fracasso nos objetivos de vida.

A constelação familiar é uma abordagem capaz de mostrar com simplicidade, profundidade e praticidade onde está a raiz, a origem, de um distúrbio de relacionamento, psicológico, psiquiátrico, financeiro e físico, levando o indivíduo a um outro nível de consciência em relação ao problema e mostrando uma solução prática e amorosa de pertencimento, respeito e equilíbrio.

A constelação familiar é indicada para todas as idades, classes sociais, e sem qualquer vínculo ou abordagem religiosa, podendo ser indicada para qualquer pessoa doente, em qualquer nível e qualquer idade, como por exemplo, bebês doentes são constelados através dos pais.

CROMOTERAPIA

A cromoterapia é prática terapêutica que utiliza há milênios as cores no tratamento de doenças, sendo utilizada pelo homem desde as antigas civilizações, e atua do nível físico aos mais sutis com o objetivo de harmonizar o corpo. Antigamente, o uso terapêutico era realizado principalmente através da luz solar, pela forte crença no seu potencial de cura.

A partir das abordagens dos distintos sistemas complexos das medicinas tradicionais, as cores em suas frequências podem ser utilizadas para neutralizar as condições excessivas do corpo e restabelecer a saúde, podendo serem utilizadas em regiões específicas do corpo, como os centros de força, pontos de acupunturas ou marmas, em consonância com o desequilíbrio identificado no indivíduo. Na concepção cromoterápica, o conceito de complementaridade embasa os efeitos positivos das cores sobre as disfunções de um órgão que, quando hiper estimulado, possui vibrações energéticas de vermelho (e podem ter os movimentos neutralizados e a expansão exagerada pelo tratamento cromoterápico com azul) ou, quando retraído, com funções diminuídas, energeticamente atuando na vibração do azul, pode ser estimulado pelo vermelho.

A cromoterapia, por intermédio das cores, procura estabelecer e restaurar o equilíbrio físico e energético, promovendo a harmonia entre corpo, mente e emoções, pois o desvio da energia vibratória do corpo é responsável por desencadear patologias. Pode ser trabalhada de diferentes formas: por contato, por visualização, com auxílio de instrumentos, com cabines de luz, com luz polarizada, por meditação.

Entre as possibilidades terapêuticas utilizadas pelos profissionais de saúde, a cromoterapia se enquadra como um recurso, associado ou não a outras modalidades (geoterapia, reflexologia, aromaterapia, imposição de mãos etc), demonstrando resultados satisfatórios.

GEOTERAPIA

A geoterapia é prática que contribui com ampliação e melhoramentos nos sistemas de abordagem integrativa, em intervenções clínicas. Prática milenar e de utilização variada pelos povos antigos, alterna desde embalsamentos, conservação de alimentos, tratamentos, manutenção da saúde, até fins estéticos. Tratados antigos mencionam que as argilas eram prescritas para tratamentos de enfermidades e preservação da saúde, destacando grande emprego em casos de doenças osteomusculares, processos inflamatórios, lesões dérmicas, cicatrização de ferimentos, entre outros.

A geoterapia é prática relativamente simples, na qual a argila (cor selecionada de acordo com o objetivo de tratamento) é diluída em água e manipulada até formar um material homogêneo, de textura colóide para ser aplicada no corpo. Essa massa de argila é rica em elementos minerais e estruturas cristalográficas que permitem reações bioquímicas e vibracionais nos tratamentos de saúde. As reações bioquímicas são amplamente discutidas e fundamentadas pela presença de elementos minerais que cada tipo de argila compõe, do tipo de água utilizada para diluição, tempo de contato com pele, temperatura etc. As reações vibracionais, somadas ao contexto anterior, são resultantes da carga elétrica gerada pelas estruturas cristalinas que a formam a argila, instituindo assim, cristalografia como parte integrante da geoterapia.

As possibilidades de aplicação são muitas podendo ser utilizada de modo associado a outras terapias como reflexoterapia, auriculoterapia, massoterapia, fitoterapia, florais, cromoterapia, entre outras, possibilitando ampla atuação nos processos terapêuticos e atendendo as necessidade dos usuários. É um recurso que tem história bem definida, não invasiva, segura e com relatos clínicos de eficácia apresentado em estudos antigos e atuais, passível de incorporar benefícios ao Sistema Único de Saúde.

HIPNOTERAPIA

A hipnoterapia é um conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas. Pode favorecer o autoconhecimento e, em combinação com outras formas de terapia, auxilia na condução de uma série de problemas.

Em 1993, a hipnoterapia foi definida pela American Psychological Association (APA) como procedimento através do qual um profissional de saúde conduz o indivíduo a experimentar sensações, mudanças, percepções, pensamentos ou comportamentos, com o seu uso indicado em diversas condições como transtornos depressivos, ansiedade, neurose depressiva, depressão, baseado em estudos anteriores. Estudos atuais indicam a terapia por hipnose como um tratamento eficaz e relevante na depressão. Algumas revisões de literatura realizadas identificaram artigos, abrangendo populações distintas, nas quais a maioria das pessoas acredita que a hipnoterapia é benéfica, pode melhorar habilidades, especialmente a memória, e consideraria seu uso em circunstâncias adequadas.

Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a psicologia, a fisioterapia, a enfermagem, dentre outras.

IMPOSIÇÃO DE MÃOS

A imposição de mãos é prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano auxiliando no processo saúde-doença. Sem envolvimento de outros recursos (remédios, essências, aparelhos) faz uso da capacidade humana de conduzir conscientemente o fluxo de energias curativas multidimensionais para dentro do corpo humano e dos seus sistemas energéticos físicos e espirituais a fim de provocar mudanças terapêuticas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A maioria das formas de cura pela imposição das mãos envolve de fato o posicionamento das mãos sobre ou próximo ao corpo da pessoa para transferência de energia do agente de cura para o paciente. Essa prática fundamenta-se no princípio de que a energia do campo universal sustenta todos os tipos de organismos vivos e que este campo de energia universal tem a ordem e o equilíbrio como base. No estado de saúde, esta energia universal flui livremente dentro, através e fora do campo de energia humano promovendo equilíbrio. Na doença, o fluxo de energia pode estar obstruído, desorganizado ou em desequilíbrio.

Os conceitos da energia essencial da vida receberam vários nomes em diferentes partes do mundo e fazem parte de sistemas médicos milenares: na Índia, a palavra em sânscrito para energia vital é prana; na China, essa energia é descrita fluindo através de uma rede não física de meridianos, é chamada de qi ou ch'i; e no antigo Egito é denominado ká. Prática tradicional de saúde de uso integrativo e complementar a outras práticas e/ou terapias de saúde.

MEDICINA ANTROPOSÓFICA / ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE (632)

A Medicina Antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Considerada uma abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, avalia o ser humano a partir dos conceitos da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos. Atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem.

Na abordagem interdisciplinar de cuidados, os diferentes recursos terapêuticos ofertados envolvem:

- terapia medicamentosa: recurso de base antroposófica em que, de acordo com o diagnóstico individualizado, são prescritos medicamentos antroposóficos ou, em alguns casos, alopáticos;

- aplicações externas: uso de substâncias ou de toques na pele - orientado por conhecimentos antroposóficos - que exerce efeito terapêutico, propiciando a absorção de princípios medicamentosos e a cura endógena. Utiliza substâncias como chás medicinais, emulsões de plantas, pomadas de metais ou vegetais, óleos essenciais e raízes de plantas. Banho medicinal, cataplasma, compressa, enfaixamento, escalda-pés, fricção e massagem são exemplos de aplicação externa;

- banhos terapêuticos: Técnica de base antroposófica que utiliza o banho como recurso complementar na promoção da saúde e pode ocorrer com ou sem uso de calor ou de substâncias, como óleos essenciais, emulsão de plantas e chás. Pode ser de escova, de fricção, de assento, entre outros, e obedece a uma sequência rítmica, respeitando-se um período de repouso após o banho.

- massagem rítmica: técnica de base antroposófica que utiliza movimentos rítmicos para manipulação dos tecidos corporais, atuando de forma terapêutica;

- terapia artística: prática expressiva que utiliza elementos artísticos (como cor, forma, volume, luz e sombra) na realização de exercícios específicos, orientados e acompanhados por terapeuta artístico antroposófico - de maneira individualizada, em função dos objetivos do tratamento - visando melhorar a vitalidade, a criatividade, a resiliência e, por consequência, a recuperação do equilíbrio entre corpo e alma na promoção da saúde. As modalidades mais frequentes incluem exercícios com aquarela aplicando pigmentos naturais; desenho de formas; modelagem em argila; ou desenho com carvão;

- euritmia: prática corporal de base antroposófica, com movimentos associados a fonemas - representam sons primordiais - que induzem efeitos anabolizantes, relaxantes ou desintoxicantes, em função harmonizadora e que não apresenta contraindicação ou efeito colateral.

- quirofonética: técnica terapêutica de base antroposófica na qual o terapeuta quirofonético entoa sons da própria fala (vogais, consoantes, versos) enquanto realiza deslizamentos manuais pelo corpo do paciente, para despertar as forças internas de regeneração da saúde. O toque corporal na quirofonética obedece a movimentos específicos realizados especialmente nas costas, braços e pernas e, em geral, com o auxílio de óleos medicinais. Foi desenvolvida pelo médico alemão Alfred Baur, em 1972, e pode ser aplicada em diversas situações de adoecimento físico, psíquico ou deficiências motoras e cognitivas;

- cantoterapia: prática expressiva que utiliza a atividade artística do canto, por meio de exercícios musicais, para atuar sobre o corpo e a emoção, estimulando e propiciando uma forma de autoconhecimento e fortalecimento do eu. Auxilia a destravar emoções reprimidas, trabalhando numa perspectiva de melhorar os aspectos psicológicos e corporais do indivíduo.

- terapia biográfica: técnica de aconselhamento de base antroposófica na qual, orientado pelo terapeuta, o indivíduo revê sua própria biografia para perceber o que pode estar bloqueando seu desenvolvimento pessoal e identificar as possibilidades de transformação.

Inicialmente integrado ao SUS, pela PNPIC, como Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, articulação institucional voltada para o desenvolvimento de metodologias apropriadas ao acompanhamento e à avaliação de experiências em medicina antroposófica presentes no SUS, bem como ao monitoramento desses serviços e à divulgação dos resultados, envolveu as três esferas de gestão no SUS em sua articulação. Agora, passa a integrar formalmente o rol de PICS institucionalizadas no Sistema.

OZONIOTERAPIA

A ozonioterapia é pratica integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, já utilizada em vários países como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros, há décadas.

Há algum tempo, o potencial terapêutico do ozônio ganhou muita atenção através da sua forte capacidade de induzir o estresse oxidativo controlado e moderado quando administrado em doses terapêuticas precisas. A molécula de ozônio é molécula biológica, presente na natureza e produzida pelo organismo sendo que o ozônio medicinal (sempre uma mistura de ozônio e oxigênio), nos seus diversos mecanismos de ação, representa um estimulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que pode ajudar a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo humano e animal.

Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a neurologia e a oncologia, dentre outras.

TERAPIA DE FLORAIS

A terapia de florais é uma prática complementar e não medicamentosa que, por meio dos vários sistemas de essências florais, modifica certos estados vibratórios auxiliando a equilibrar e harmonizar o indivíduo. O pioneiro das essências florais foi o médico inglês Edward Bach que, na década de 1930, inspirado nos trabalhos de Paracelso, Hahnemann e Steiner, adota a utilização terapêutica da energia essencial - energia sutil - de algumas flores silvestres que cresciam sem a interferência do ser humano, para o equilíbrio e harmonia da personalidade do indivíduo, reatando laços com a tradição alquímica de Paracelso e Hildegard Von Bingen, numa nova abordagem da saúde.

As essências florais são extratos líquidos naturais, inodoros e altamente diluídos de flores que se destinam ao equilíbrio dos problemas emocionais, operando em níveis sutis e harmonizando a pessoa internamente e no meio em que vive. São preparadas a partir de flores silvestres no auge da floração, nas primeiras horas da manhã, quando as

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

flores ainda se encontram úmidas pelo orvalho, obtidas através da colheita de flores extraídas de lugares da natureza que se encontram intactos. A essência floral que se origina da planta em floração atua nos arquétipos da alma humana, estimulando transformação positiva na forma de pensamento e propiciando o desenvolvimento interior, equilíbrio emocional que conduz a novos comportamentos. Não é fitoterápico, não é fragrância, não é homeopatia, não é droga.

Pode ser adotado em qualquer idade, não interferindo com outros métodos terapêuticos e/ou medicamentos, potencializando-os. Os efeitos podem ser observados de imediato, em indivíduos de maior sensibilidade.

TERMALISMO SOCIAL / CRENOTERAPIA

O uso das águas minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrito por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. Como prática terapêutica, compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral - com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras - e eventualmente submetida a ações hidromecânicas - como agente em tratamentos de saúde. A eficiência do termalismo no tratamento de saúde está associada à composição química da água (que pode ser classificada como sulfurada, radioativa, bicarbonatada, ferruginosa etc.), à forma de aplicação (banho, sauna etc.) e à sua temperatura.

A crenoterapia, por sua vez, consiste em prática terapêutica que utiliza águas minerais com propriedades medicinais, de modo preventivo ou curativo, em complemento a outros tratamentos de saúde. Tem por base a crenologia, ciência que estuda as propriedades medicinais das substâncias físico-químicas das águas minerais e sua utilização terapêutica. No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao país os seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Inicialmente integrado ao SUS, pela PNPIC, como Observatório das Experiências de Termalismo no SUS, articulação institucional voltada para o desenvolvimento de metodologias apropriadas ao acompanhamento e à avaliação de experiências em medicina antroposófica presentes no SUS, bem como ao monitoramento desses serviços e à divulgação dos resultados, envolveu as três esferas de gestão no SUS em sua articulação. Agora, passa a integrar formalmente o rol de PICS institucionalizadas no Sistema. (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Anexo XXVI

Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Origem: PRT MS/GM 1559/2008)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SUS

Art. 2º As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º)

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, I)

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, II)

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, III)

Art. 3º A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º)

I - elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, I)

II - planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, II)

III - controle Social e Ouvidoria em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, III)

IV - vigilância sanitária e epidemiológica; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, IV)

V - regulação da saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, V)

VI - auditoria assistencial ou clínica; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, VI)

VII - avaliação e incorporação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, VII)

Art. 4º A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º)

I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, I)

II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, II)

III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, III)

IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, IV)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, V)

VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VI)

VII - Programação Pactuada e Integrada (PPI); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VII)

VIII - avaliação analítica da produção; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VIII)

IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, IX)

X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, X)

XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, XI)

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, XII)

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º)

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, I)

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, II)

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, III)

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, IV)

Art. 6º Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todos as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º)

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 1º)

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contrarreferência baseado nos processos de programação assistencial. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 3º)

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) serão definidas pela área técnica da regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 4º)

Art. 7º A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 7º)

Art. 8º As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º)

§ 1º São atribuições da regulação do acesso: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º)

I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, I)

II - garantir os princípios da equidade e da integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, II)

III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, III)

IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, IV)

V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, V)

VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VI)

VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VII)

VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VIII)

IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, IX)

X - subsidiar a programação pactuada e integrada. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, X)

§ 2º São atribuições do Complexo Regulador: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º)

I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, I)

II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, II)

III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, III)

IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, IV)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

V - executar a regulação médica do processo assistencial. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, V)

Art. 9º O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º)

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, I)

II - Complexo Regulador Regional: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II)

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, a)

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, b)

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, III)

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º)

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, I)

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, II)

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, III)

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 3º)

Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10)

I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, I)

II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, II)

III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, III)

IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, IV)

V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, V)

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, VI)

§ 1º Cabe à União: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º)

I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, I)

II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, II)

III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, III)

IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, IV)

V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, V)

VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC nos termos do Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VI)

VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VII)

VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VIII)

IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, IX)

§ 2º Cabe aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º)

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, I)

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, II)

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IV)

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, V)

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VI)

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VII)

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VIII)

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IX)

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, X)

XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XI)

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XII)

§ 3º Cabe aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º)

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em cogestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, I)

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, II)

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, III)

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IV)

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, V)

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VI)

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VII)

VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VIII)

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IX)

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, X)

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XI)

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XII)

XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIII)

XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIV)

§ 4º Cabe ao Distrito Federal executar as atividades contidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, preservando suas especificidades políticas e administrativas. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 4º)

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, adotará as providências necessárias à plena aplicação da Política Nacional de Regulação do SUS, instituída por este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 11)

ANEXO 1 DO ANEXO XXVI

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) (Origem: PRT MS/GM 2309/2001

Art. 1º Fica instituída, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os procedimentos da modalidade de assistência de que trata este Artigo são aqueles definidos na Portaria SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002, que estabelece lista dos Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares (SIA e SIH/SUS). (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º O Ministério da Saúde financiará os procedimentos objeto do art. 1º, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), por meio da Câmara Nacional de Compensação, não sendo onerados os limites financeiros estabelecidos para os estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os recursos utilizados atualmente, por estados e municípios com assistência hospitalar de alta complexidade, de pacientes de outros estados, serão mantidos nos tetos estaduais podendo ser remanejados pelas Comissões Intergestores Bipartite dos estados. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) adotará as providências necessárias para a operacionalização da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, ora instituída. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 3º)

ANEXO XXVII

Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Origem: PRT MS/GM 3916/1998)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do Anexo 1 do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Medicamentos, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Art. 2º)

CAPÍTULO I
DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME)

Seção I
Disposições Gerais

Art. 3º Fica estabelecido o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a seguinte estrutura: (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º)

I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, I)

II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, II)

III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, III)

IV - Relação Nacional de Insumos; e (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, IV)

V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, V)

§ 1º Incluem-se entre os medicamentos que compõem a RENAME os que forem definidos no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os medicamentos inseridos nas ações e serviços de saúde de que tratam as Políticas Nacional de Atenção Oncológica Oftalmológica e de Urgências e Emergências estão contemplados na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, § 2º)

Art. 4º O elenco de medicamentos e insumos da RENAME encontra-se definido e organizado a partir do emprego dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º)

I - os medicamentos utilizados na Atenção Básica são aqueles constantes da Relação Nacional dos Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, I)

II - a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar consiste nos medicamentos descritos nominalmente em códigos específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS, cujo financiamento ocorre por meio de procedimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, II)

III - as vacinas e soros integram a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, III)

IV - a Anatomical Therapeutic Chemical, da Organização Mundial da Saúde (ATC/MS), utilizando-se o Subgrupo Farmacológico (3º Nível ATC) e o Subgrupo Químico (4º Nível ATC); (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, IV)

V - as indicações terapêuticas definidas no Formulário Terapêutico Nacional (FTN), nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e/ou diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde foram empregadas para a alocação dos medicamentos na RENAME; e (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, V)

VI - inclusão dos medicamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, VI)

Art. 5º A incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME serão realizadas pelo Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 3º)

Art. 6º A RENAME será disponibilizada pelo Ministério da Saúde, no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 4º)

Art. 7º O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) é o instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para qualificar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 5º)

Seção II
Do Formulário Terapêutico Nacional

Art. 8º Fica instituído o Formulário Terapêutico Nacional (FTN) da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 1º)

Parágrafo Único. O FTN será disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 9º O FTN contém informações científicas e embasadas em evidências sobre os medicamentos selecionados na RENAME, visando subsidiar os profissionais de saúde em prescrição, dispensação e uso dos medicamentos essenciais. (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 2º)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS

Art. 10. Ficam aprovadas as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais, que se encontra no Anexo 2 do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Art. 1º)

Art. 11. As disposições deste Capítulo abrangem as farmácias em hospitais que integram o serviço público, da Administração Direta e Indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de entidades privadas com ou sem fins lucrativos, inclusive filantrópicas. (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Art. 2º)

~~**CAPÍTULO III**~~
~~DOS PRODUTOS OU PROCESSOS FARMACÊUTICOS CONSIDERADOS DE INTERESSE PARA AS POLÍTICAS DE MEDICAMENTO OU DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA EXAME DE PRÉVIA ANUÊNCIA DA ANVISA~~

CAPÍTULO III
DOS PRODUTOS OU PROCESSOS FARMACÊUTICOS CONSIDERADOS DE INTERESSE PARA AS POLÍTICAS DE MEDICAMENTO OU DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA SOLICITAÇÃO DE TRÂMITE PRIORITÁRIO E

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

APRESENTAÇÃO DE SUBSÍDIOS AO EXAME TÉCNICO DO PEDIDO DE PATENTE
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

~~**Art. 12.** São considerados de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência, realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com o art. 229-C da Lei nº 9.279, de 1996, os produtos ou processos farmacêuticos que compreendam, ou resultem em substância constante da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 11 de dezembro de 2013 e suas atualizações, conforme os grupos definidos abaixo: (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º)~~

~~**I -** antivirais e antirretrovirais; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, I)~~

~~**II -** doenças negligenciadas; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, II)~~

~~**III -** doenças degenerativas (Alzheimer / Parkinson); (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, III)~~

~~**IV -** imunossupressores; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, IV)~~

~~**V -** doenças mentais (antipsicóticos / anticonvulsivantes); (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, V)~~

~~**VI -** produtos obtidos por rotas biológicas; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VI)~~

~~**VII -** vacinas e soros; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VII)~~

~~**VIII -** hemoderivados; e (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VIII)~~

~~**IX -** produtos oncológicos. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, IX)~~

~~**Parágrafo Único.** Quando o objeto do pedido de invenção não constar da lista de substâncias da referida Portaria deverá ser considerado de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência, aqueles relacionados aos grupos definidos no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, Parágrafo Único)~~

~~**Art. 12.** São considerados de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nos termos do art. 229-C da Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996, o pedido de patente de produto e de processos farmacêuticos, que atendam a um dos seguintes requisitos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

Art. 12. É considerado de interesse para as políticas de medicamento ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins de emissão de parecer consultivo público, com base em requisitos de patenteabilidade, que servirão de subsídio ao exame realizado pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), nos termos do art. 31 da Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996, o pedido de patente de produtos e processos farmacêuticos que atenda a um dos seguintes requisitos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

I - seja objeto de solicitação de exame prioritário pelo Ministério da Saúde ao Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

II - a tecnologia relacionada ao pedido de patente que seja objeto de ação judicial para obtenção de acesso ao medicamento, mediante solicitação do Ministério da Saúde à ANVISA. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

III - esteja relacionado, a partir de prospecção tecnológica, a tema de relevância para as ações do Ministério da Saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

IV - seja selecionado pela ANVISA, de acordo com as destinações terapêuticas especificadas neste Capítulo, dentre os seguintes grupos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

a) doenças infecciosas e parasitárias; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

b) doenças do Sistema Respiratório; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

c) doenças do Sistema Nervoso; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

d) doenças caracterizadas como raras; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

e) doenças do Sistema Digestivo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

f) doenças do sangue ou órgãos formadores de sangue; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

g) doenças do sistema imunológico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

h) doenças do Sistema Circulatório; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

i) neoplasias; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

j) vacinas e soros. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Parágrafo único. Os grupos definidos no inciso IV do caput poderão ser revistos conforme interesse público envolvido para implementação das políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**Art. 13.** O objeto do pedido de invenção de produtos e processos farmacêuticos, caracterizado como de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, deverá atender aos critérios de patenteabilidade e demais requisitos da Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 2º)~~

Art. 13. O pedido de patente que atender ao disposto no art. 12 será objeto de parecer pela ANVISA, com fulcro em requisitos de patenteabilidade, considerando o disposto na Portaria Conjunta nº 1/ ANVISA/INPI, de 12 de abril de 2017. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**Art. 14.** A ANVISA implementará as medidas necessárias à execução do disposto neste Capítulo, segundo sua área de competência. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 3º)~~

Art. 14. A ANVISA implementará as medidas necessárias à execução do disposto neste Capítulo, segundo sua área de competência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 14-A. Fica instituído o Grupo de Articulação de Propriedade Intelectual e Saúde (GAPIS), com objetivo de prospectar e identificar os pedidos de patentes de produtos e de processos farmacêuticos, incluindo os considerados estratégicos para as políticas públicas de saúde, com a finalidade de cumprir o disposto no art. 12. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 14-B. Compete ao GAPIS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

I - prospectar e identificar os pedidos de patentes de produtos e de processos farmacêuticos, tendo em consideração os grupos definidos no inciso IV do art. 12; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - subsidiar o Ministério da Saúde nas tomadas de decisões quanto aos pedidos de exames prioritários junto ao INPI; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

III - subsidiar a Comissão de Propriedade Intelectual em Saúde (COMPIS). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Parágrafo único. Para a execução de suas competências, o GAPIS observará as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**Art. 14-C.** O GAPIS será composto por três representantes de cada um dos seguintes órgãos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

Art. 14-C. O GAPIS será composto por quatro representantes de cada um dos seguintes órgãos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

I - da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) que o coordenará; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**II - da Coordenação de Propriedade Intelectual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

II - do Posto de Propriedade Intelectual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

~~**§ 1º** Cada membro do GAPIS terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e impedimentos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

~~**§ 2º** Os membros titulares do GAPIS e seus suplentes serão indicados pelos dirigentes dos seus respectivos órgãos e encaminhado à SCTIE/MS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

§ 2º Os membros titulares do GAPIS serão indicados pelos dirigentes dos seus respectivos órgãos, que encaminharão a indicação à SCTIE/MS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

§ 3º Poderão participar das reuniões do GAPIS, como convidados especiais, representantes e especialistas de outros órgãos e entidades, públicos ou privados. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 14-D. O GAPIS se reunirá sempre que convocado por seu Coordenador. Parágrafo único. O quórum de reunião e de deliberação do GAPIS é de maioria simples. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 14-E. Os membros do GAPIS que se encontrarem no Distrito Federal se reunirão presencialmente ou por meio de videoconferência, de acordo com a disponibilidade de cada membro, e os membros que se encontrarem em outros entes federativos participarão da reunião, preferencialmente, por meio de videoconferência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**Art. 14-F.** A Coordenação-Geral de Inovação Tecnológica em Saúde (CGITS/DGITIS/SCTIE) prestará apoio logístico e administrativo ao GAPIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

Art. 14-F. A Coordenação-Geral de Inovação Tecnológica na Saúde (CGITS/DECIIS/SCTIE/MS), área técnica responsável pela Propriedade Intelectual em Saúde da SCTIE/MS, prestará apoio logístico e administrativo ao GAPIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

Art. 14 - G. A participação no GAPIS será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

CAPÍTULO IV
DOS CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS PELOS LABORATÓRIOS OFICIAIS DE PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS EM SUAS LICITAÇÕES PARA AQUISIÇÃO DE MATÉRIA PRIMA

Art. 15. Os Laboratórios Oficiais de produção de medicamentos, em suas licitações, deverão dar preferência à aquisição dos ingredientes farmacêuticos ativos necessários à sua linha de produção de empresas que produzam essas matérias-primas no País. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 1º)

Art. 16. Quando houver mais de um fornecedor que atenda às condições estabelecidas pelo art. 15, os laboratórios oficiais de produção de medicamentos deverão levar em conta, no processo licitatório, o grau de verticalização da produção no País, apresentado pelos fornecedores. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 2º)

Art. 17. A observância dessa norma ora instituída deverá constituir-se em critério discriminante positivo e deverá estar compulsoriamente presente nas análises de projetos de compras e investimentos realizados pelo Ministério da Saúde junto aos Laboratórios Oficiais de produção de medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 3º)

CAPÍTULO V
DA COMISSÃO PERMANENTE DE BAIXA E DESCARTE DE MEDICAMENTOS

Art. 18. Fica instituída a Comissão Permanente de Baixa e Descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis (CPBD), subordinada à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º)

§ 1º Consideram-se irrecuperáveis aqueles medicamentos, insumos de saúde e materiais que não mais puderem ser utilizados para o fim a que se destinam. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A atuação da CPBD poderá abranger todos os órgãos do Ministério da Saúde, inclusive os Núcleos Estaduais. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º, § 2º)

Art. 19. A CPBD terá competência para definir os produtos irrecuperáveis que trata o art. 18, § 1º e validar os processos de descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis, após levantamento realizado pelas unidades demandantes, ouvido o Departamento de Logística em Saúde da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (DLOG/SE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 2º)

Art. 20. A CPBD será composta por um representante, titular e suplente, de cada Secretaria do Ministério da Saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º)

I - a Secretaria-Executiva indicará o representante titular e seu suplente; e (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, I)

II - os representantes titulares das demais Secretarias serão seus respectivos Chefes de Gabinete, devendo cada Secretaria indicar o suplente. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, II)

§ 1º A coordenação da CPBD será exercida pelo representante da Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A CPBD poderá, quando se fizer necessário, convocar especialistas de outras áreas do Ministério da Saúde para auxiliarem com os subsídios técnicos necessários à tomada de decisão no âmbito da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 2º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

§ 3º A Secretaria-Executiva fornecerá o apoio administrativo necessário ao funcionamento da CPBD. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A participação na CPBD será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 4º)

Art. 21. As Secretarias do Ministério da Saúde, como áreas demandantes, serão competentes para encaminhar os processos de descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis de suas respectivas unidades à CPBD, acompanhados de nota técnica que atestará o motivo das perdas. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º)

§ 1º A efetivação do descarte dependerá de validação da CPBD e a execução será realizada pelo DLOG/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O encaminhamento dos processos de que trata o caput deverá seguir cronograma com estipulação de prazos para baixa e descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Após cumpridas todas as exigências previstas neste Capítulo e efetivado o descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis, o processo deverá ser enviado ao DLOG/SE/MS, para arquivamento. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 4º)

Art. 22. Os responsáveis, nas respectivas áreas demandantes, pelos estoques de medicamentos, insumos de saúde e materiais, inclusive os decorrentes de decisão judicial, deverão utilizar ferramentas de controle eficientes, que forneçam informações atualizadas para tomada de decisão, visando a minimizar as perdas. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 5º)

Art. 23. Compete à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde a edição de normas complementares acerca do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 6º)

CAPÍTULO V-A
COMISSÃO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL EM SAÚDE
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 24. Fica instituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão de Propriedade Intelectual em Saúde (COMPIS) com o objetivo de propor ações e subsidiar a atuação do Ministério no tema de propriedade intelectual. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 25. Compete à COMPIS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

I - elaborar, acompanhar e monitorar a implementação de política na área de propriedade intelectual em saúde no âmbito do Ministério da Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

II - propor áreas prioritárias para diagnósticos, avaliações e ações gerenciais na área de propriedade intelectual em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

III - apoiar tecnicamente atividades destinadas a oferecer subsídios a propriedade intelectual em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

IV - subsidiar a participação do Ministério da Saúde nos colegiados interministeriais relacionados ao tema, em especial ao Grupo Interministerial de Propriedade Intelectual (GIPI), instituído pelo Decreto nº 9.931, de 23 de julho de 2019; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

V - propor estudos, debates, eventos e consultas públicas sobre o tema de propriedade intelectual em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

VI - subsidiar a participação do Ministério da Saúde nas atividades dos foros nacionais e internacionais relacionados à propriedade intelectual em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

VII - subsidiar o Ministério da Saúde nas tomadas de decisões quanto aos pedidos de exames prioritários junto ao Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI); e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

VIII - elaborar o seu regimento interno. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Parágrafo único. O regimento interno da COMPIS será disponibilizado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

IX - constituir grupos de trabalho com a finalidade de assessorar seus membros em temas específicos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

§ 1º O regimento interno da COMPIS será disponibilizado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

§ 2º Os grupos de trabalho de que trata o inciso IX do caput: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

I - serão compostos na forma estabelecida por ato da COMPIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

II - não poderão ter mais de dez membros; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

III - terão caráter temporário e duração não superior a um ano; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

IV - estarão limitados a cinco operando simultaneamente. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

Art. 26. A COMPIS será composta por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

I - dois representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE/MS), que a coordenará; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

II - um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

III - um representante da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (S A ES / M S) ; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

IV - um representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

V - um representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

~~**VI -** um representante do Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

VI - um representante da Assessoria Especial de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

VII - um representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

VIII - um representante do Instituto Nacional de Câncer (INCA); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

IX - um representante do Instituto Nacional de Cardiologia (INC); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

X - um representante do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

XI - um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**XII -** um representante da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

§ 1º Cada membro da COMPIS terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e impedimentos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

§ 2º Os membros titulares da COMPIS e seus suplentes serão indicados pelos dirigentes dos seus respectivos órgãos e unidades e designados por ato do Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

XIII - um representante do Instituto Evandro Chagas (IEC); e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

XIV - um representante do Centro Nacional de Primatas (CENP). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

Art. 27. A COMPIS se reunirá, em caráter ordinário, duas vezes ao ano e em caráter extraordinário, sempre que convocado por seu Coordenador. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

§ 1º O quórum de reunião e deliberação da COMPIS é de maioria simples. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

§ 2º Cada um dos órgãos e entidades, representados na COMPIS, terá direito a um voto ordinário. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

§ 3º Além do voto ordinário, o Coordenador da COMPIS terá o voto de qualidade em caso de empate. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 28. Poderão participar das reuniões da COMPIS, como convidados especiais, sem direito a voto, pessoas de notório saber em assuntos relacionados à propriedade intelectual no âmbito da saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 29. Os membros da COMPIS que se encontrarem no Distrito Federal se reunirão presencialmente ou por meio de videoconferência, de acordo com a disponibilidade de cada membro, e os membros que se encontrarem em outros entes federativos participarão da reunião, preferencialmente, por meio de videoconferência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 30. A Coordenação-Geral de Inovação Tecnológica em Saúde (CGITS/DGITIS/SCTIE) prestará o apoio técnico, logístico e administrativo necessários ao desenvolvimento dos trabalhos da COMPIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**Art. 31.** A participação na COMPIS será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

Art. 31. A participação na COMPIS e nos seus grupos de trabalho será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

~~**Art. 32.** A COMPIS elaborará relatório final sobre suas atividades, anualmente, que será encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

ANEXO 1 DO ANEXO XXVII

Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

PREFÁCIO

Políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, devem ser explicitadas de forma a:

- tornar públicas e expressas as intenções do Governo;

- permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular à discussão das propostas de Governo;

- orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades;

- funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis.

No âmbito do Ministério da Saúde, a formulação de políticas desenvolve-se mediante a adoção de metodologia apropriada baseada num processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em um modelo único e acabado.

Esse processo está representado, em especial, pela coleta e sistematização de subsídios básicos, interna e externamente ao Ministério, a partir dos quais é estruturado um documento inicial, destinado a servir de matéria-prima para discussões em diferentes instâncias.

Entre as instâncias consultadas estão os vários órgãos do próprio Ministério, os demais gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, os segmentos diretamente envolvidos com o assunto objeto da política e a população em geral, mediante a atuação do Conselho Nacional de Saúde, instância que, no nível federal, tem o imprescindível papel de atuar

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

"na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde", conforme atribuição que lhe foi conferida pela Lei nº 8.142/90.

A promoção das mencionadas discussões objetiva sistematizar as opiniões acerca da questão e recolher sugestões para a configuração final da política em construção, cuja proposta decorrente é submetida à avaliação e aprovação do Ministro da Saúde.

No nível da direção nacional do Sistema, a responsabilidade pela condução desse processo está afeta à Secretaria de Políticas de Saúde, a qual cabe identificar e atender as demandas por formulação ou reorientação de políticas. Cabe também à Secretaria promover ampla divulgação e operacionalizar a gestão das políticas consideradas estratégicas, além de implementar a sua contínua avaliação, visando, inclusive, ao seu sistemático aperfeiçoamento.

Paralelamente, deve-se ressaltar que a operacionalização das políticas formuladas exige o desenvolvimento de processo voltado à elaboração ou reorientação de planos, projetos e atividades, que permitirão conseqüência prática às políticas.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 60, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS - a "formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)".

O seu propósito precípuo é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A Política de Medicamentos aqui expressa tem como base os princípios e diretrizes do SUS e exigirá, para a sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal.

Esta Política concretiza metas do Plano de Governo, integra os esforços voltados à consolidação do SUS, contribui para o desenvolvimento social do País e orienta a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde.

Contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação - incluindo a regulamentação -, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda que outros insumos básicos na atenção à saúde, tais como imunobiológicos e hemoderivados, deverão ser objeto de políticas específicas. No caso particular dos produtos derivados do sangue, esta Política trata de aspectos concernentes a estes produtos, de que são exemplos questões relativas às responsabilidades dos três gestores do SUS e ao efetivo controle da qualidade.

2. JUSTIFICATIVA

O sistema de saúde brasileiro, que engloba estabelecimentos públicos e o setor privado de prestação de serviços, inclui desde unidades de atenção básica até centros hospitalares de alta complexidade. A importância e o volume dos serviços prestados pelo setor público de saúde no Brasil - composto pelos serviços estatais e privados conveniados ou contratados pelo SUS - podem ser verificados, por exemplo, no montante de atividades desenvolvidas em 1996, do qual constam a realização de 2,8 milhões de partos, 318 milhões de consultas médicas, 12 milhões de internações hospitalares, 502 milhões de exames e a aplicação de 48 milhões de doses de vacinas.

É indiscutível, portanto, a importância dos serviços de saúde, os quais constituem, ao lado de uma série de outros, fator de extrema importância para a qualidade de vida da população. Esses serviços representam, hoje, preocupação de todos os gestores do setor, seja pela natureza das práticas de assistência nele desenvolvidas, seja pela totalidade dos recursos por eles absorvidos.

A despeito do volume de serviços prestados pelo sistema de saúde, ainda há parcelas da população excluídas de algum tipo de atenção. Verifica-se, além disso, constantes mudanças no perfil epidemiológico que, atualmente, compreende doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos. Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônico degenerativas, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Além disso, emergem e reemergem outras doenças, tais como a cólera, a dengue, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS.

O envelhecimento populacional gera novas demandas, cujo atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e, certamente, a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sob esse enfoque, a política de medicamentos é, indubitavelmente, fundamental nessa transformação.

Deve se considerar, ainda, que modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos são influenciadas pelos indicadores demográficos, os quais têm demonstrado clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer.

Acarretando um maior consumo e gerando um maior custo social, tem-se novamente o processo de envelhecimento populacional interferindo sobretudo na demanda de medicamentos destinados ao tratamento de doenças crônico degenerativa, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Igualmente, adquire especial relevância o aumento da demanda daqueles de uso contínuo, corno é o caso dos utilizados no tratamento de doenças cardiovasculares, reumática, e da diabetes. Frise-se o fato de que é bastante comum, ainda, pacientes sofrerem de todas essas doenças simultaneamente.

Este cenário é também influenciado pela desarticulação da desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito de serviços da saúde. Em decorrência, observa-se, por exemplo, a falta de prioridades na adoção, pelo profissional médico, de produtos padronizados, constantes, da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME). Some-se a isso a irregularidade no abastecimento de medicamentos, no nível ambulatorial, o que diminui, em grande parte, a eficácia das ações governamentais no setor saúde.

O processo indutor uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, presentes na sociedade brasileira, são fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos requerendo, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo criativo tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário.

A produção e a venda de medicamento, devem enquadrar-se em um conjunto de leis, regulamentos e outros instrumentos legais direcionados para garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos produtos além dos aspectos atinentes a custos e preços de venda, em defesa do consumidor e dos programas de subsídio institucionais, tais como de compras de medicamentos, reembolsos especiais e planos de saúde.

Essa necessidade torna-se ainda mais significativa na medida em que o mercado farmacêutico brasileiro é um dos cinco maiores do mundo, com vendas que atingem 9,6 bilhões de dólares/ano. Em 1996, esse mercado gerou 47.100 empregos direto, e investimentos globais da ordem de 200 milhões de dólares. O setor é constituído por cerca de 480 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores.

Há, no País, cerca de 50 mil farmácias, incluindo as hospitalares e as homeopáticas, que comercializam 5.200 produtos, com 9.200 apresentações.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro, este pode ser dividido em três grupos: o primeiro, formado por aqueles com renda acima de 10 salários mínimos, que corresponde a 15 por cento da população, consome 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de 193,40 dólares per capita; o segundo, apresenta uma renda entre quatro e 10 salários mínimos, que corresponde a 34% da população, consome anualmente 36% do mercado e gasta, anualmente, em média 64,15 dólares per capita, o terceiro, tem renda de zero a quatro salários mínimos, que representa 51% da população, consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de 18,95 dólares per capita.

Nitidamente, a análise desse perfil do consumidor indica a necessidade de que a Política de Medicamentos confira especial atenção aos aspectos relativos ao uso racional, bem como à segurança, eficácia e qualidade dos produtos colocados à disposição da população brasileira.

3. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito sejam balizadas pelas diretrizes a seguir explicitadas.

3.1 Adoção de relação de medicamentos essenciais

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva.

O Ministério de Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

O fato de que a Relação Nacional, conforme assinalado acima, deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais favorecerá o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços.

Trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Visando maior veiculação, a RENAME deverá ser continuamente divulgada por diferentes meios, como a Internet, por exemplo, possibilitando, entre outros aspectos, a aquisição de medicamentos a preços menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema.

No processo de atualização contínua da RENAME, deverá ser dada ênfase ao conjunto dos medicamentos voltados para a assistência ambulatorial, ajustado, no nível local, às doenças mais comuns à população, definidas segundo prévio critério epidemiológico.

3.2 Regulamentação sanitária de medicamentos

Nesse contexto, serão enfatizadas, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância.

Para tanto, deverão ser utilizadas comissões técnicas e grupos assessores com a finalidade de respaldar e subsidiar as atividades de regulamentação e as decisões que envolvam questões de natureza científica e técnica.

A promoção do uso de medicamentos genéricos será, igualmente, objeto de atenção especial. Portanto, o gestor federal deverá identificar os mecanismos necessários para tanto, por exemplo, a adequação do instrumento legal específico. Essa adequação deverá contemplar aspectos essenciais que favoreçam a consolidação do uso dos genéricos, tais como:

a) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nos editais, propostas, contratos e notas fiscais bem como de exigências sobre requisitos de qualidade dos produtos;

b) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nas compras e licitações públicas de medicamentos realizadas pela Administração Pública;

c) a adoção de exigências específicas para o aviamento de receita médica ou odontológica, relativas à sua forma e à identificação do paciente e do profissional que a prescreve;

d) a apresentação da denominação genérica nas embalagens, rótulos, bulas, prospectos, textos e demais materiais de divulgação e informação médica.

As ações de vigilância sanitária serão gradualmente descentralizadas e transferidas à responsabilidade executiva direta de estados e municípios, com exceção do registro de medicamentos e autorização do funcionamento de empresas, que constituem papéis indelegáveis do gestor federal. Em todos os casos, deverá ser garantida a aplicação das normas existentes e a integração operacional do sistema, em todas as esferas.

3.3 Reorientação da assistência farmacêutica

O modelo de assistência farmacêutica será reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais.

A reorientação do modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, deverá estar fundamentada:

a) na descentralização da gestão;

b) na promoção do uso racional dos medicamentos;

c) na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público;

d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A assistência farmacêutica no SUS, por outro lado, englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação -, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

No tocante aos agravos e doenças cuja transcendência, magnitude e ou vulnerabilidade tenham repercussão na saúde pública, buscar-se-á a contínua atualização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Assim, o processo de descentralização em curso contemplará a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão. Essas responsabilidades ficam, dessa forma, inseridas na ação governamental, o que deverá assegurar o acesso da população a esses produtos. Para o Ministério da Saúde, a premissa básica será a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais.

O processo de descentralização, no entanto, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais. Essa decisão, adotada por ocasião das programações anuais, deverá ser precedida da análise de critérios técnicos e administrativos.

Inicialmente, a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos de forma centralizada deverá considerar três pressupostos básicos, de ordem epidemiológica, a saber:

a) doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;

b) doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;

c) doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

Após essa análise, a decisão deverá, ainda, observar critérios mais específicos, relativos a aspectos técnicos e administrativos, de que são exemplos:

a) o financiamento da aquisição e da distribuição dos produtos, sobretudo no tocante à disponibilidade de recursos financeiros;

b) o custo-benefício e o custo-efetividade da aquisição e distribuição dos produtos em relação ao conjunto das demandas e necessidades de saúde da população;

c) a repercussão do fornecimento e uso dos produtos sobre a prevalência ou incidência de doenças e agravos relacionados aos medicamentos fornecidos;

d) a necessidade de garantir apresentações de medicamentos, em formas farmacêuticas e dosagens adequadas, considerando a sua utilização por grupos populacionais específicos, como crianças e idosos.

É importante ressaltar que, independente da decisão por centralizar ou descentralizar a aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores. Essa cooperação envolverá a aquisição direta e a transferência de recursos, bem como a orientação e o assessoramento aos processos de aquisição - os quais devem ser efetivados em conformidade com a realidade epidemiológica, visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, priorizando os medicamentos essenciais e os de denominação genérica.

Nesse particular, o gestor federal, especialmente, em articulação com a área econômica, deverá identificar medidas com vistas ao acompanhamento das variações e índices de custo dos medicamentos, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo. Ainda com relação à articulação, a atuação conjunta com o Ministério da Justiça buscará coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos.

Essas decisões e a cooperação técnica referida serão viabilizadas por intermédio da articulação intergestores, concretizada, por exemplo, na instituição de grupo técnico-assessor integrado por representações das três esferas de gestão, responsável, principalmente, pela implementação do modelo de assistência farmacêutica a ser adotado, pactuado e submetido à Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

O Conselho Nacional de Saúde terá papel preponderante nesse processo, tendo em vista o acompanhamento da implementação da Política de Medicamentos, especialmente no tocante ao cumprimento das medidas pactuadas.

3.4 Promoção do uso racional de medicamentos

No que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos, atenção especial será concedida à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes.

Especial ênfase deverá ser dada, também, ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. Promover-se-á, da mesma forma, a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Além disso, terá importante enfoque a adoção de medicamentos genéricos, envolvendo a produção, a comercialização, a prescrição e o uso, mediante ação intersetorial, vez que esta iniciativa ultrapassa os limites do setor saúde, abrangendo outros ministérios e esferas de Governo, além da sociedade e das corporações profissionais. Nesse particular, é importante ressaltar que a farmácia deve ser considerada estabelecimento comercial diferenciado. Portanto, deve estar em absoluta conformidade com as definições constantes da Lei nº 8.080/90, bem como dispor da obrigatória presença do profissional responsável.

O Ministério da Saúde levará à discussão, no âmbito da Cúpula das Américas, uma proposta de utilização dos genéricos visando a consolidação do uso destes medicamentos pelos países da Região.

A propaganda de produtos farmacêuticos, tanto aquela direcionada aos médicos, quanto especialmente a que se destina ao comércio farmacêutico e à população leiga, deverá se enquadrar em todos os preceitos legais vigentes, nas diretrizes éticas emanadas do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos padrões éticos aceitos internacionalmente.

3.5 Desenvolvimento científico e tecnológíco

Será incentivada a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo.

Além disso, deverá ser continuado e expandido o apoio a pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando-se a certificação de suas propriedades medicamentosas.

Igualmente, serão estimuladas medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RENAME, e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País.

Esse processo exigirá uma ação articulada dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, entre outros, bem como a permanente cooperação técnica com organismos e agências internacionais.

A oferta de medicamentos está intrinsecamente relacionada com a pesquisa e o desenvolvimento, os quais, por sua vez, encerram aspectos relativos à estrutura e ao perfil industrial no Brasil, composto por três segmentos de produção: nacional público, nacional privado e de empresas de capital transnacional no setor - este último predominante no País. Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio do órgão responsável pela implementação da Política de Ciência e Tecnologia, estimular uma maior articulação das instituições de pesquisas e das universidades com o setor produtivo, a partir do estabelecimento de prioridades.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Igualmente, deverão ser implementados mecanismos que influenciem na formação e viabilizam o treinamento contínuo dos profissionais no que se refere ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda, a importância de o País dispor de instrumento estratégico para a divulgação dos avanços científicos que, além de expressar o nível de desenvolvimento alcançado, estabeleça os requisitos mínimos das matérias-primas e especialidades.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde deverá promover o processo de revisão permanente da Farmacopéia Brasileira, que constitui mecanismo de fundamental importância para as ações legais de vigilância sanitária e das relações de comércio exterior, tanto de importação, quanto de exportação.

3.6 Promoção da produção de medicamentos

Esforços serão concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAMB, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional).

A capacidade instalada dos laboratórios oficiais - que configura um verdadeiro patrimônio nacional - deverá ser utilizada, preferencialmente, para atender as necessidades de medicamentos essenciais, especialmente os destinados à atenção básica, e estimulada para que supra as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS.

O papel desses laboratórios é especialmente importante no que tange ao domínio tecnológico de processos de produção de medicamentos de interesse em saúde pública. Esses laboratórios deverão, ainda, constituir-se em uma das instâncias favorecedoras do monitoramento de preços no mercado, bem como contribuir para a capacitação dos profissionais.

Com referência aos medicamentos genéricos, o Ministério da Saúde, em ação articulada com os demais ministérios e esferas de Governo, deverá estimular a fabricação desses produtos pelo parque produtor nacional, em face do interesse estratégico para a sociedade brasileira, incluindo, também, a produção das matérias primas e dos insumos necessários para esses medicamentos.

Será também incentivada a produção de medicamentos destinados ao tratamento de patologias cujos resultados tenham impacto sobre a saúde pública ou que são adquiridos em sua quase totalidade pelo setor público.

Nesse sentido, deverão ser identificados e implementados mecanismos que possibilitem a eliminação da dependência, ao Governo Federal, dos laboratórios oficiais, a modernização dos seus sistemas de produção e o alcance de níveis de eficiência e competitividade, particularmente no que concerne aos preços dos produtos.

3.7 Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos

O processo para garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. Essas atividades, coordenadas em âmbito nacional pela Secretaria de Vigilância Sanitária, serão efetivadas mediante ações próprias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no cumprimento dos regulamentos concernentes às boas práticas de fabricação. Essa sistemática permitirá a concretização dos preceitos estabelecidos na Lei nº 8.080/90 e em legislações complementares.

Para o exercício dessas ações, a Secretaria de Vigilância Sanitária implementará e consolidará roteiros de inspeções aplicáveis à área de medicamentos e farmoquímicos. Definirá, desenvolverá e implantará sistemas de informação para o setor, envolvendo os três níveis de gestão, estabelecendo procedimentos e instrumentos de avaliação.

A reestruturação, a unificação e o reconhecimento nacional e internacional da Rede Brasileira de Laboratórios Analítico-Certificadores em Saúde REBLAS, no âmbito do sistema brasileiro de certificação, permitirão aos produtores testemunhar, voluntariamente, a qualidade dos seus produtos colocados no comércio, que são adquiridos pelos serviços de saúde e, ainda, a fiscalização e o acompanhamento da conformidade de medicamentos, farmoquímicos e insumos farmacêuticos.

Será promovida a sistematização do arcabouço legal existente, adequando-o aos princípios e diretrizes constitucionais e legais do SUS, bem como ao estágio atual do processo de descentralização da gestão.

3.8 Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

O contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programa, e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos deverão configurar mecanismos privilegiados de articulação intersetorial de modo a que o setor saúde possa dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade - cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

O componente recursos humanos deverá requerer atenção especial, sobretudo no tocante ao estabelecido pela Lei n° 8.080/90, em seu artigo 14 e parágrafo único, que definem que a formação e a educação continuada contemplarão uma ação intersetorial articulada. A Lei, inclusive, define como mecanismo fundamental a criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de "propor prioridades, métodos e estratégias".

Para o atendimento das necessidades e demandas relativas aos recursos humanos, decorrentes da operacionalização desta Política, o processo de articulação implementado pela Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, do Ministério da Saúde, compreenderá a abordagem de todos os aspectos inerentes às diretrizes aqui fixadas, em especial no que se refere à promoção do uso racional de medicamentos e a produção, comercialização e dispensação dos genéricos, bem como a capacitação em manejo de medicamentos. O trabalho conjunto com o Ministério da Educação e do Desporto, especificamente, deverá ser viabilizado, tendo em vista a indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde, sobretudo no tocante à qualificação nos campos da farmacologia e terapêutica aplicada.

Algumas diretrizes e prioridades contidas no texto desta Política explicitam as necessidades e demandas em termos de recursos humanos. Todavia, o desenvolvimento e a capacitação constituirão ações sistemáticas que permearão todas as medidas, iniciativas, programas e atividades dela decorrentes.

Cabe ressaltar, finalmente, que áreas estratégicas, de que é exemplo relevante a vigilância sanitária, cujas atribuições configuram funções típicas e exclusivas de Estado, serão objeto de enfoque particular, haja vista a crônica carência de pessoal capacitado na área, nas três esferas de gestão do SUS, o que exigirá, por parte dos gestores, estudos e medidas concretas voltadas para a recomposição e ou complementação adequada de quadros de pessoal especializado para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas.

4 PRIORIDADES

As diretrizes apresentadas no capítulo anterior comportam um conjunto de prioridades que configuram as bases para o alcance do propósito desta Política, bem como para a implementação das diferentes ações indispensáveis ao seu efetivo cumprimento.

4. 1. Revisão permanente da RENAME

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME, instrumento básico de racionalização no âmbito do SUS, com atualização contínua, representa medida indispensável haja vista que a seleção baseia-se nas prioridades

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos. Esse processo, coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, será desenvolvido mediante a participação dos demais órgãos do Ministério, Secretaria de Vigilância Sanitária e Secretaria de Assistência à Saúde e dos gestores estaduais e municipais, responsáveis pela implementação das ações que operacionalizam esta Política e de instituições científicas que atuam na área de medicamentos.

A RENAME será organizada consoante às patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do País. As apresentações dos produtos deverão assegurar as formas farmacêuticas e as dosagens adequadas para a utilização por crianças e idosos.

Cabe ressaltar que, como um dos mecanismos favorecedores da redução de preços dos medicamentos, a RENAME será sistemática e amplamente divulgada.

4.2. Assistência farmacêutica

Em conformidade com as diretrizes relativas à reorientação da assistência farmacêutica anteriormente explicitadas, especialmente no que se refere ao processo de descentralização, as três esferas de Governo assegurarão, nos seus respectivos orçamentos, os recursos para aquisição e distribuição dos medicamentos, de forma direta ou descentralizada.

Nesse contexto, a aquisição de medicamentos será programada pelos estados e municípios de acordo com os critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3 “Diretrizes”, tópico 3.3 deste documento. O gestor federal participa do processo de aquisição dos produtos mediante o repasse Fundo-a-Fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica.

No tocante a essa transferência, atenção especial deverá ser dada aos medicamentos destinados ao atendimento de esquemas terapêuticos continuados, aos que ratificam decisões e compromissos internacionais e àqueles voltados à assistência a pacientes de alto risco, como é o caso dos transplantados e renais crônicos.

A prioridade maior do Ministério da Saúde é a descentralização plena do processo de aquisição e distribuição de medicamentos. No entanto, para que as decisões acerca desse processo possam ser viabilizadas, deverá ser instituído um grupo tripartite, com atribuições específicas, que atuará junto ao setor responsável pela implementação da assistência farmacêutica no Ministério da Saúde.

A aquisição e a distribuição, pelo Ministério, dos produtos componentes da assistência farmacêutica básica serão substituídas pela transferência regular e automática, Fundo-a-Fundo, de recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica. Esses recursos serão utilizados prioritariamente para a aquisição, pelos municípios e sob a coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações.

O gestor estadual deverá coordenar esse processo no âmbito do estado, com a cooperação técnica do gestor federal, de forma a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do município, e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e dispensação.

Atenção especial deverá ser dada, também, a um outro grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços ao SUS e faturados segundo tabela definida pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a Secretaria a de Assistência à Saúde deverá viabilizar um estudo visando a revisão, atualização e ajuste diferenciado dos valores, considerando:

- o tempo decorrido desde o estabelecimento desses valores, quando da definição da composição de cada procedimento integrante da assistência hospitalar e ambulatorial, que levou em conta, naquela ocasião, um valor médio do custo de medicamentos para determinado grupo de patologias;

- o fato dos reajustes que vêm sendo efetivados levarem em conta somente o valor global do procedimento, e não o custo atualizado dos medicamentos vinculados aos mesmos.

O resultado do ajuste procedido deverá seguir o fluxo já estabelecido, ou seja, a pactuação na CIT e a aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

4.3. Promoção do uso racional de medicamentos

A promoção do uso racional de medicamentos envolverá, além da implementação da RENAME, em especial, as medidas a seguir indicadas.

4.3.1. Campanhas educativas

Serão desencadeadas campanhas de caráter educativo, buscando a participação das entidades representativas dos profissionais de saúde, com vistas a estimular o uso racional de medicamentos.

Caberá aos gestores do SUS em conjunto com entidades da sociedade civil organizada, responsabilizar-se por essa iniciativa.

4.3.2. Registro e uso de medicamentos genéricos

A promoção do uso de medicamentos genéricos será progressivamente levada a efeito, respaldada nos seguintes pontos:

a- estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos;

b- estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade;

c- levantamento e utilização da infra-estrutura e da capacidade do País para II realização de estudos de bioequivalência disponível na rede de laboratórios;

d- identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos;

e- estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o Território Nacional.

4.3.3. Formulário Terapêutico Nacional

Deverá ser elaborado e amplamente divulgado o Formulário Terapêutico Nacional, instrumento importante para a orientação da prescrição e dispensação dos medicamentos, por parte dos profissionais de saúde, e para a racionalização do uso destes produtos. O Formulário conterá todas as informações relativas aos medicamentos, inclusive quanto à sua absorção e ação no organismo.

4.3.4. Farmacoepidemiologia e farmacovigilância

As ações de farmacovigilância, além de tratar dos efeitos adversos, serão utilizadas, também, para assegurar o uso racional dos medicamentos. Para tanto, deverão ser desenvolvidos estudos, análises e avaliações decorrentes dessas ações, de modo a reorientar procedimentos relativos a registros, formas de comercialização, prescrição e dispensação dos produtos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Quanto à farmacoepidemiologia, deverão ser incentivados estudos sobre a utilização de produtor como forma de contribuir para o uso racional de medicamentos.

4.3.5. Recursos humanos

Será estimulado, por intermédio de diferentes mecanismos de articulação intersetorial, o acesso do profissional a conhecimentos e treinamentos voltados ao desenvolvimento de habilidades específicas, como aquelas relacionadas ao gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, guias terapêuticos padronizados e farmacovigilância.

Além disso, buscar-se-é promover a educação continuada dos profissionais de saúde sobre farmacologia e terapêutica aplicada e outros aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos, bem como no manejo dos produtos, além da disseminação de informações objetivas e atualizadas.

4.4. Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos

A Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, será responsável pela coordenação e monitoramento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em articulação com estados e municípios, de forma a estabelecer claramente as medidas que atendam à estratégia da descentralização e o financiamento das ações.

A organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos terá por base a implementação do Sistema referido quanto às questões relativas a medicamentos. Nesse sentido, faz-se necessário desenvolver processo de reestruturação da área de vigilância sanitária na esfera federal, visando, especialmente, a sua revitalização, a flexibilização de procedimentos e a busca por maior consistência técnico-científica no estabelecimento das bases de sua intervenção, o que poderá ser viabilizado, por exemplo, mediante a composição de grupos assessores integrados por representações de diferentes setores, como a academia, os serviços e o setor privado.

Na implementação dessa prioridade, deverão ser considerados, em especial, os aspectos identificados a seguir.

4.4.1. Desenvolvimento e elaboração de procedimentos operacionais sistematizados

Os procedimentos próprios da Vigilância Sanitária serão periodicamente revisados, sistematizados e consolidados em manuais técnico-normativos, roteiros, modelos e instruções de serviço, viabilizando-se, ainda, ampla divulgação. Nesse contexto, aplica-se, inclusive, a revisão dos procedimentos relativos ao registro de medicamentos de marca e similares. A adoção desses instrumentos concorrerá para a equalização e a agilização das atividades e tarefas a serem cumpridas, quer as de natureza técnico-normativa, quer as de caráter administrativo, de que são exemplos: o registro de produtos, as inspeções em linhas de produção, a fiscalização e a farmacovigilância.

4.4.2. Treinamento de pessoal do Sistema de Vigilância Sanitária

O treinamento em serviço recurso efetivo para as mudanças e adequações a serem introduzidas no modelo de atuação da vigilância sanitária - deverá buscar a incorporação:

a- dos recentes avanços tecnológicos do setor, inclusive os da informatização do Sistema de Vigilância Sanitária;

b- da metodologia convalidada de controle e de sistematização dos procedimentos técnicos e operacionais;

c- aos esquemas apropriados de inspeção preventiva em linhas de produção, de serviços e de desembaraço alfandegário sanitário, bem como os de amostragem e coleta de material para o controle de qualidade referencial.

4.4.3. Consolidação do sistema de informação em vigilância sanitária

O aprimoramento do desempenho das ações de vigilância sanitária terá como ponto importante a consolidação do sistema de informação, que deverá compreender, principalmente:

a- produtos registrados, sua composição, indicações principais e formas de comercialização;

b- vigilância de medicamentos (farmacovigilâncla);

c- produtos retirados do mercado e justificativas correspondentes;

d- ensaios clínicos;

e- normas e regulamentos atinentes à determinação do grau de risco de medicamentos e farmoquímicos;

f- registros e regulamentos da qualidade dos produtos de comercialização autorizada e empresas;

g- controle da comercialização e uso de produtos psicotrópicos e entorpecentes, inclusive nas farmácias magistrais;

h- controle da propaganda dos medicamentos de venda livre;

a) regulamentação e controle da propaganda realizada pelos fabricantes de medicamentos junto aos prescritores, de modo a resguardarem-se os padrões éticos.

5. RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GOVERNO NO ÂMBITO DO SUS

No que respeita às funções de Estado, os gestores, em cumprimento aos princípios do SUS, atuarão no sentido de viabilizar o propósito desta Política de Medicamentos, qual seja, o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade aos medicamentos, a promoção. do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

5.1. Articulação intersetorial

Caberá, no tocante à implementação desta Política, uma atuação que transcende os limites do setor saúde, conforme já referido anteriormente, voltado para a articulação intersetorial, sobretudo com as áreas envolvidas na questão medicamentos, que deverá ser efetivada nas diferentes instâncias do SUS.

No âmbito federal, de forma específica, a articulação promovida pelo Ministério da Saúde ocorrerá com várias instituições e organizações, conforme exemplificado a seguir.

a) Ministério da Justiça

A articulação com esse Ministério terá por finalidade efetivar medidas no sentido de coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos, com base nas Leis Antitruste, da Livre Concorrência e de Defesa do Consumidor.

b) Ministérios da área econômica

A articulação com os ministérios da área econômica estará voltada para o acompanhamento das variações dos índices de custo dos medicamentos essenciais, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo, no sentido de preservar a capacidade de aquisição dos produtos, por parte da população, de forma direta ou indireta (subsídio governamental, seguro de saúde).

Deverá, além disso, buscar o encaminhamento das questões relativas ao financiamento das ações inseridas na operacionalização desta Política e que incluam, nos termos da lei, as respectivas participações dos governos estaduais e municipais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

c) Ministério da Educação e do Desporto

A articulação com esse Ministério visará o desenvolvimento de ações, junto aos professores, pais e alunos, relativas ao uso correto dos medicamentos, bem como a reorientação dos currículos de formação dos profissionais de saúde.

d) Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Ciência e Tecnologia e agências internacionais

A articulação do Ministério da Saúde com essas instituições buscará o estabelecimento de mecanismos e compromissos que viabilizem o fomento à cooperação técnica, científica e tecnológica.

5.2. Gestor federal

Caberá ao Ministério da Saúde, fundamentalmente, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Medicamentos, ressaltando-se como responsabilidades:

a) prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos;

b) estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de Governo;

c) apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

d) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

e) incentivar a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;

f) promover a dinamização de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico;

g) promover a disseminação de experiências e de informações técnico-científicas;

h) implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento desta Política;

i) coordenar e monitorar os sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

j) promover a reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária, dotando-a das condições necessárias ao cumprimento das responsabilidades do gestor federal, especialmente no tocante à garantia da segurança e qualidade dos medicamentos;

k) promover a sistematização do arcabouço legal da vigilância sanitária, adequando-o aos princípios e diretrizes do SUS e ao atual momento da descentralização da gestão;

l) promover a atualização da legislação de vigilância sanitária;

m) implementar atividades de controle da qualidade de medicamentos;

n) promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e a sua divulgação, inclusive via Internet;

o) promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;

p) promover a atualização permanente da Farmacopéia Brasileira;

q) acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos, em especial daqueles constantes da RENAME;

r) destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo;

s) criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;

t) promover a revisão, atualização e ajuste diferenciado do grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela;

u) adquirir e distribuir produtos em situações especiais, identificadas por ocasião das programações tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, "Diretrizes", tópico 3.3. deste documento;

v) orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

x) orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.

5.3. Gestor estadual

Conforme disciplinado na Lei nº 8.080/90, cabe à direção estadual do SUS, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

Nesse sentido, constituem responsabilidades da esfera estadual:

a) coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta Política;

b) promover a formulação da política estadual de medicamentos;

c) prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica;

d) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu âmbito;

e) apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

f) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

g) assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;

h) participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulações farmacêuticas;

i) investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da assistência farmacêutica;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

j) coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

k) implementar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;

l) definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;

m) definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, "Diretrizes" , tópico 3.3. deste documento e destinando orçamento adequado à sua aquisição;

n) utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;

o) investir em infra-estrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;

p) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda; .

q) orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

r) coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais.

5.4. Gestor municipal

No âmbito municipal, caberá à Secretaria de Saúde ou ao organismo correspondente as seguintes responsabilidades:

a) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;

b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;

c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

d) treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;

e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

f) implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;

g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;

h) definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;

i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;

j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;

k) utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;

l) investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;

m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O propósito desta Política Nacional de Medicamentos será objeto de contínua avaliação, mediante metodologias e indicadores definidos em projeto específico, a ser formulado pela Secretaria de Políticas de Saúde, a quem cabe, também, a responsabilidade da implementação do processo de elaboração ou reorientação de programas, projetos e atividades, de modo a adequá-los às diretrizes e prioridades aqui fixadas.

A principal finalidade da avaliação será conhecer a repercussão da Política de Medicamentos na saúde da população, dentro de uma visão sistêmica e intersetorial, verificando, também, em que medida estão sendo consolidados os princípios e diretrizes do SUS.

Com isso, para além do enfoque meramente operacional, verificar-se-á como estão sendo considerados e consolidados os princípios acima referidos, constantes na Lei nº 8.080/90, de que são exemplos, entre outros:

a) “a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;"

b) "a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;"

c) "a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo."

Além disso, buscar-se-á avaliar resultados e impactos da Política de Medicamentos em termos, por exemplo, de eficiência, cobertura e qualidade. Para essa avaliação, deverão ser definidos parâmetros e indicadores que serão periodicamente monitorados, cujos resultados orientarão a adoção das medidas corretivas necessárias, tanto em relação às linhas gerais da própria Política quanto em termos de redirecionamento de ações a ela vinculadas, tais como a farmácia básica.

Os resultados auferidos pelos programas, projetos e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos, os quais estão sob a responsabilidade de diferentes órgãos do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, constituirão, na verdade, os principais insumos básicos para o processo de acompanhamento e avaliação desta Política. A sistematização desses resultados e sua divulgação serão, da mesma forma, de responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde.

A Secretaria, por outro lado, deverá apoiar os órgãos do Ministério e as demais instâncias do SUS na identificação e aferição de metodologias e indicadores capazes de mensurar a efetividade e a eficiência de componentes-chave de cada uma das prioridades aqui definidas, incluindo-se aqueles preconizados pela Organização Mundial da Saúde.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política implicará, necessariamente, não só o envolvimento dos órgãos do Sistema e dos outros setores aqui identificados, como, também, diferentes segmentos da sociedade que direta ou indiretamente lidam com a questão medicamentos.

7. TERMINOLOGIA

1. Assistência ambulatorial	Conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde.
2. Assistência farmacêutica	Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade.Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente, da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.
3. Automedicação	Uso de medicamentos sem a prescrição, orientação e ou acompanhamento do médico ou dentista.
4. Biodisponibilidade	Medida da quantidade de medicamento, contida em uma fórmula farmacêutica, que chega à circulação sistêmica e da velocidade na qual ocorre esse processo.A biodisponibilidade se expressa em relação à administração intravenosa do princípio ativo (biodisponibilidade absoluta) ou a administração, por via oral, de um produto de referência (biodisponibilidade relativa ou comparativa).A biodisponibilidade de um medicamento não deve ser confundida com a fração biodisponível, a menos que se refira à biodisponibilidade absoluta.
5. Bioequivalência	Condição que se dá entre dois produtos farmacêuticos que são equivalentes farmacêuticos e que mostram uma mesma ou similar biodisponibilidade segundo uma série de critérios. Para tanto, dois produtos farmacêuticos devem considerar-se como equivalentes terapêuticos.
6. Centrais farmacêuticas	Almoxarifados centrais de medicamentos, geralmente na esfera estadual, onde é feita a estocagem e produção para hospitais, ambulatórios e postos de saúde.
7. Dispensação	É o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento.São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.
8. Doenças crônico degenerativas	Doenças que apresentam evolução de longa duração, acompanhada de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano.
9. Doenças prevalentes	Doenças com maior número de casos existentes em função da população de uma região geográfica determinada.
10. Eficácia do medicamento	A capacidade de o medicamento atingir o efeito terapêutico visado.
11. Equivalência in vitro	Condições em que dois ou mais medicamentos, ou fármacos, exercem o mesmo efeito farmacológico, quantitativamente em cultivos de células.
12. Ensaios clínicos	Qualquer pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.
13. Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)	São aqueles relacionados com comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes; complementarmente, tem-se os estudos de farmacovigilância e os ensaios clínicos.
14. Expectativa de vida ao nascer	É o tempo que seria esperado para um recém-nascido poder viver, em média.
15. Farmácias magistrais	Farmácias autorizadas a manipular medicamentos, inclusive o que contém psicotrópicos ou entorpecentes, cuja atividade requer autorização especial de funcionamento expedido pelo órgão competente do Ministério da Saúde.
16. Farmacopéia brasileira	Conjunto de normas e monografias de farmoquímicos, estabelecido por e para um país.
17. Fármacos	Substância química que é o princípio ativo do medicamento.
18. Farmacoepidemiologia	Aplicação do método e raciocínio epidemiológico no estudo dos efeitos – benéficos ou adversos – e do uso de medicamentos em populações humanas.
19. Farmacoterapia	A aplicação dos medicamentos na prevenção ou tratamento de doenças.
20. Farmacovigilância	Identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, do risco do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos.
21. Farmoquímicos	Todas as substâncias ativas ou inativas que são empregadas na fabricação de produtos farmacêuticos
22. Forma de comercialização	Forma na qual o medicamento é vendido: supositório, comprimido, cápsulas.
23. Formulação farmacêutica	Relação quantitativa de farmoquímicos que compõem um medicamento.
24. Formulário terapêutico nacional	Documento que reúne os medicamentos disponíveis em um país e que apresenta informações farmacológicas destinadas a promover o uso efetivo, seguro e econômico destes produtos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

25. Guias terapêuticos padronizados	Coleção de roteiros terapêuticos preconizados para doenças diversas.
26. Hemoderivados	Medicamentos produzidos a partir do sangue humano ou de suas frações.
27. Indicadores demográficos	Representação dos aspectos não sujeitos à observação direta relativa a dados populacionais.
28. Insumos farmacêuticos	Qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento.
29. Lei antitruste	Regra de direito destinada a evitar que várias empresas se associem e, assim, passem a constituir uma única, acarretando o monopólio de produtos e ou de mercado.
30. Medicamento	Produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.
31. Medicamentos de dispensação em caráter excepcional	Medicamentos utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos.
32. Medicamentos de uso contínuo	São aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente.
33. Medicamentos essenciais	São os medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população.
34. Medicamentos genéricos	São aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominações Comuns Brasileiras ou DCB).
35. Medicamentos de interesse em saúde pública	São aqueles utilizados no controle de doenças, que, em determinada comunidade, tem magnitude, transcendência ou vulnerabilidade relevante e cuja estratégias básica de combate é o tratamento dos doentes.
36. Medicamentos para a atenção básica	Produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde.
37. Medicamentos tarjados	São os medicamentos cujo uso requer a prescrição do médico ou dentista e que apresentam, em sua embalagem tarja (vermelha ou preta) indicativa desta necessidade.
38. Medicamentos de venda livre	São aqueles cuja dispensação não requerem autorização, ou seja, receita expedida por profissional.
39. Módulo-padrão de suprimento	Elenco de medicamentos repassado por um nível de gestão a outro para abastecer os serviços de saúde compreendidos no sistema estadual ou municipal.
40. Morbimortalidade	Impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população,
41. Perfil epidemiológico	Estado de saúde de uma determinada comunidade.
42. Perfil nosológico	Conjunto de doenças prevalentes e ou incidentes em uma determinada comunidade.
43. Piso da Atenção Básica (PAB)	Montante de recursos financeiros, da esfera federal, destinado ao custeio de procedimentos e ações compreendidos na atenção básica.
44. Prescrição	Ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica.
45. Prescritores	Profissionais de saúde credenciados para definir o medicamento a ser usado (médico ou dentista).
46. Produtos psicotrópicos	Substâncias que afetam os processos mentais e podem produzir dependência.
47. Propaganda de produtos farmacêuticos	É a divulgação do medicamento promovida pela indústria, com ênfase na marca, e realizada junto aos prescritores, comércio farmacêutico e população leiga.
48. Protocolos de intervenção farmacêutica	Roteiros de indicação e prescrição, graduados de acordo com as variações e a gravidade de cada afecção.
49. Registro de medicamentos	Ato privativo ao órgão competente do Ministério da Saúde destinado a conceder o direito de fabricação do produto.
50. Uso racional de medicamentos	É o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

ANEXO 2 DO ANEXO XXVII

Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Anexo 1)

DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS

1.INTRODUÇÃO

Tomando como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, foram concebidas diretrizes e relacionadas estratégias, objetivando organizar, fortalecer e aprimorar as ações da assistência farmacêutica em hospitais, tendo como eixos estruturantes, a segurança e a promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde.

O gerenciamento inadequado e o uso incorreto de medicamentos e de outras tecnologias em saúde acarretam sérios problemas à sociedade, ao SUS, e às instituições privadas (hospitais, clínicas, operadoras de planos de saúde, entre outros), gerando aumento da morbimortalidade, elevação dos custos diretos e indiretos, e prejuízos à segurança e à qualidade de vida dos usuários. Estas diretrizes reúnem elementos necessários à efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população, otimizando resultados clínicos, econômicos e aqueles relacionados à qualidade de vida dos usuários.

A elaboração deste conjunto de diretrizes e estratégias foi fruto de amplo processo de discussão participativa, entre gestores do Sistema Único de Saúde - SUS (MS, CONASS e CONASEMS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR).

2. ABRANGÊNCIA

Estas diretrizes e estratégias são aplicáveis às farmácias em hospitais que integram o serviço público, da administração direta e indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de entidades privadas com ou sem fins lucrativos e filantrópicos.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Farmácia hospitalar: é a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

3.2. Tecnologias em saúde: Conjunto de equipamentos, de medicamentos, de insumos e de procedimentos, utilizados na prestação de serviços de saúde, bem como das técnicas de infraestrutura desses serviços e de sua organização. Para efeito desta norma será dada ênfase a medicamentos, produtos para saúde (exceto equipamentos médico-assistenciais), produtos de higiene e saneantes.

3.3. Plano de contingência: plano que descreve as medidas a serem tomadas, em momento de risco, por um estabelecimento de saúde, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer em que os processos vitais voltem a funcionar plenamente, ou num estado minimamente aceitável, o mais rapidamente possível, evitando paralisação prolongada que possa gerar danos aos pacientes ou prejuízos financeiros à instituição.

3.4. Gerenciamento de risco: aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de risco.

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

4. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a serviços farmacêuticos de qualidade em hospitais, ficam estabelecidas as seguintes diretrizes:

4.1. Gestão;

4.2. Desenvolvimento de ações inseridas na atenção integral à saúde:

Gerenciamento de tecnologias: distribuição, dispensação e controle de medicamentos e de outros produtos para a saúde;

Manipulação: manipulação magistral e oficinal; preparo de doses unitárias e unitarização de doses de medicamentos; manipulação de nutrição parenteral e manipulação de antineoplásicos e radiofármacos; e

Cuidado ao paciente.

4.3. Infraestrutura física, tecnológica e gestão da informação;

4.4. Recursos humanos;

4.5. Informação sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde; e

4.6. Ensino, pesquisa e educação permanente em saúde.

4.1. GESTÃO

São objetivos principais da gestão da farmácia hospitalar: garantir o abastecimento, dispensação, acesso, controle, rastreabilidade e uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde; assegurar o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais que permitam monitorar a utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde; otimizar a relação entre custo, benefício e risco das tecnologias e processos assistenciais; desenvolver ações de assistência farmacêutica, articuladas e sincronizadas com as diretrizes institucionais; e participar ativamente do aperfeiçoamento contínuo das práticas da equipe de saúde;

Para o adequado desempenho das atividades da farmácia hospitalar, sugere-se aos hospitais que: (i) provenham estrutura organizacional e infraestrutura física que viabilizem as suas ações, com qualidade, utilizando modelo de gestão sistêmico, integrado e coerente, pautado nas bases da moderna administração, influenciando na qualidade, resolutividade, e custo da assistência, com reflexos positivos para o usuário, estabelecimentos e sistema de saúde, devidamente aferidos por indicadores; (ii) considerem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente, bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde como referência, para a seleção de medicamentos; (iii) promovam programa de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares; (iv) incluam a farmácia hospitalar no plano de contingência do estabelecimento; e (v) habilitem a efetiva participação do farmacêutico, de acordo com a complexidade do estabelecimento, nas Comissões existentes, tais como: Farmácia e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Terapêutica, Comissão Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e outras que tenham interface com a assistência farmacêutica hospitalar

Para o acompanhamento das principais atividades da farmácia em hospitais, recomenda-se a adoção de indicadores de gestão, logísticos, de assistência ao paciente e de educação.

4.2. DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INSERIDAS NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Dentro da visão da integralidade do cuidado, a farmácia hospitalar, além das atividades logísticas tradicionais, deve desenvolver ações assistenciais e técnico-científicas, contribuindo para a qualidade e racionalidade do processo de utilização dos medicamentos e de outros produtos para a saúde e para a humanização da atenção ao usuário. Esta atividade deve ser desenvolvida, preferencialmente, no contexto multidisciplinar, privilegiando a interação direta com os usuários.

As ações do farmacêutico hospitalar devem ser registradas de modo a contribuírem para a avaliação do impacto dessas ações na promoção do uso seguro e racional de medicamentos e de outros produtos para a saúde.

O elenco de atividades farmacêuticas ofertadas depende da complexidade dos hospitais, bem como da disponibilidade de tecnologia e recursos humanos.

Entre as atividades que podem ser desenvolvidas destacam-se:

A) GERENCIAMENTO DE TECNOLOGIAS: A farmácia hospitalar deve participar do gerenciamento de tecnologias, englobando a qualificação de fornecedores, armazenamento, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos, outros produtos para a saúde, produtos de higiene e saneantes usados pelos pacientes, em atendimento pré-hospitalar, pré-hospitalar de urgência e emergência, hospitalar (internamento e ambulatorial) e domiciliar, bem como pelo fracionamento e preparo de medicamentos. As políticas e procedimentos que regulam essas atividades devem ser estabelecidos com a participação da equipe multiprofissional e comissões assessoras.

B) DISTRIBUIÇÃO E DISPENSAÇÃO: A implantação de um sistema racional de distribuição de medicamentos e de outros produtos para a saúde deve ser priorizada pelo estabelecimento de saúde e pelo farmacêutico, de forma a buscar processos que garantam a segurança do paciente, a orientação necessária ao uso racional do medicamento, sendo recomendada a adoção do sistema individual ou unitário de dispensação. No contexto da segurança, a avaliação farmacêutica das prescrições, deve priorizar aquelas que contenham antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos, observando concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação. Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ao atendimento da mesma, ou à manipulação da formulação prescrita, observando a aplicação dos fatores de conversão, correção e equvalência, quando aplicável, sendo apostos e assinado pelo farmacêutico.

Para promover o Uso Racional de Medicamentos e ampliar a adesão ao tratamento o estabelecimento, em conformidade com a complexidade das ações desenvolvidas, deve dispor de local para o atendimento individualizado e humanizado ao paciente em tratamento ambulatorial e/ou em alta hospitalar.

C) MANIPULAÇÃO

C.1) MANIPULAÇÃO MAGISTRAL E OFICINAL: A manipulação magistral e oficinal permite a personalização da terapêutica, utilização de sistemas seguros de dispensação de medicamentos (individual ou unitário), a racionalização de custos, sendo recomendada, sempre que necessária a sua utilização em hospitais, em sintonia com os dispositivos legais que regulam a matéria.

C.2) PREPARO DE DOSES UNITÁRIAS E UNITARIZAÇÃO DE DOSES DE MEDICAMENTOS: A unitarização de doses e o preparo de doses unitárias de medicamentos compreendem o fracionamento, a subdivisão e a transformação de formas farmacêuticas. O preparo de doses unitárias e a unitarização de doses contribui para a redução de custos, devendo ser garantida a rastreabilidade, por meio de procedimentos definidos e registro. Deve existir plano de prevenção de trocas ou misturas de medicamentos em atendimento à legislação vigente.

C.3) MANIPULAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL: A manipulação de nutrição parenteral realizada em hospitais compreende operações inerentes a preparação (avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e orientações para o transporte). A equipe multiprofissional de terapia nutricional deve realizar a monitorização do uso da nutrição parenteral mantendo registro sistematizado das suas ações e intervenções.

C.4) MANIPULAÇÃO DE ANTINEOPLÁSICOS E RADIOFÁRMACOS: A manipulação de antineoplásicos e radiofármacos realizada em hospitais requer a análise das prescrições previamente à manipulação, a verificação do disposto nos protocolos clínicos, e a observação das doses máximas diárias e cumulativas, com foco na biossegurança e uso seguro pelo paciente.

No desenvolvimento destas atividades o farmacêutico deverá antes da realização da manipulação, sanar todas as dúvidas, diretamente com o prescritor, mantendo registro sistematizado das análises realizadas, problemas identificados e intervenções; monitorar os pacientes em uso destes medicamentos e notificar queixas técnicas e eventos adversos.

D) CUIDADO AO PACIENTE: O cuidado ao paciente objetiva contribuir para a promoção da atenção integral à saúde, à humanização do cuidado e à efetividade da intervenção terapêutica. Promove, também, o uso seguro e racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde e reduz custos decorrentes do uso irracional do arsenal terapêutico e do prolongamento da hospitalização. Tem por função retroalimentar os demais membros da equipe de saúde com informações que subsidiem as condutas. A atividade do farmacêutico no cuidado ao paciente pressupõe o acesso a ele e seus familiares, ao prontuário, resultados de exames e demais informações, incluindo o diálogo com a equipe que assiste o paciente.

O farmacêutico deve registrar as informações relevantes para a tomada de decisão da equipe multiprofissional, bem como sugestões de conduta no manejo da farmacoterapia, assinando as anotações apostas.

Os hospitais devem adotar práticas seguras baseadas na legislação vigente, em recomendações governamentais, e em recomendações de entidades científicas e afins, nacionais e internacionais.

4.3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO, INFRAESTRUTURA FÍSICA E TECNOLÓGICA: A gestão da informação reveste-se de fundamental importância no desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, devendo-se empreender esforços para possibilitar a sua realização.

A infraestrutura física e tecnológica é entendida como a base necessária ao pleno desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, sendo um fator determinante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, devendo ser mantidas em condições adequadas de funcionamento e segurança. A infraestrutura física para a realização das atividades farmacêuticas deve ser compatível com as atividades desenvolvidas, atendendo às normas vigentes.

A localização da farmácia deve facilitar o abastecimento e a provisão de insumos e serviços aos pacientes, devendo contar com meios de transporte internos e externos adequados, em quantidade e qualidade à atividade, de forma a preservar a integridade dos medicamentos e demais produtos para a saúde, bem como a saúde dos trabalhadores.

4.4. RECURSOS HUMANOS: A farmácia em hospitais deve contar com farmacêuticos e auxiliares, necessários ao pleno desenvolvimento de suas atividades, considerando a complexidade do hospital, os serviços ofertados, o grau de informatização e mecanização, o horário de funcionamento, a segurança para o trabalhador e usuários.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A responsabilidade técnica da farmácia hospitalar é atribuição do farmacêutico, inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição, nos termos da legislação vigente. A farmácia hospitalar deve promover ações de educação permanente dos profissionais que atuam no hospital, nos temas que envolvam as atividades por elas desenvolvidas.

Os hospitais devem direcionar esforços para o fortalecimento dos recursos humanos da farmácia hospitalar, com foco na adoção de práticas seguras na assistência e cuidados de saúde, bem como propiciar a realização de ações de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares.

ANEXO XXVIII

Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Origem: PRT MS/GM 1653/2004)

TÍTULO I

DO ASSESSORAMENTO TÉCNICO PARA PACTUAÇÃO

CAPÍTULO I

DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS BASES DAS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS, DAQUELES DESTINADOS À ATENÇÃO BÁSICA, BEM COMO DAS AÇÕES INERENTES À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 1º Fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases das possíves pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos essenciais e daqueles destinados à atenção básica, bem como das ações inerentes de assistência farmacêutica, assim como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º)

I - analisar, negociar e sugerir ao Ministro da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; e (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º, I)

II - coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados e aos municípios visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população atendida pelo Programa referido no art. 1º, bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º, II)

Art. 2º A Câmara Técnica terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante do Gabinete do Ministro (GM), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, V)

CAPÍTULO II

DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AO SUPRIMENTO DE MEDICAMENTOS INTEGRANTES DO PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

Art. 3º Fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases da possíveis pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos integrantes do Programa de Medicamentos Estratégicos, às ações inerentes de assistência farmacêutica, bem como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º)

I - analisar, negociar e sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, I)

II - definir os critérios para inclusão ou exclusão de medicamentos no Programa referido no art. 3º, bem como os respectivos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, quando for o caso; e (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, II)

III - coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população atendida pelo Programa referido no art. 3º, bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, III)

Art. 4º A Câmara Técnica referida terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante do Gabinete do Ministro (GM), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, V)

CAPÍTULO III

DO COMITÊ NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

~~**Art. 5º** Fica instituído o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 1º)~~

Art. 5º Fica recriado o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, no âmbito do Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 6º** O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos possui caráter consultivo e tem por finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 2º)~~

Art. 6º O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos possui caráter consultivo e propositivo e tem por finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 7º Compete ao Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º)

I - identificar e propor estratégias e mecanismos de articulação, monitoramento e avaliação direcionados à promoção do uso racional de medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, I)

II - propor diretrizes e estratégias nacionais para a promoção do uso racional de medicamentos, em consonância com as políticas nacionais de medicamentos, de assistência farmacêutica e legislação afim; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, II)

III - identificar e propor estratégias que requeiram a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, III)

IV - contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, IV)

~~**V -** propor o aprimoramento de marcos regulatórios e de vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

VI - propor diretrizes e colaborar com a consolidação das ações de farmacovigilância no âmbito da Assistência Farmacêutica e do SNVS; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VI)

~~**VII -** propor o Plano de Capacitação de Profissionais de Saúde para o Uso Racional de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VII)~~

VII - propor diretrizes para a capacitação de profissionais de saúde sobre o uso racional de medicamentos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

VIII - promover a integração e a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, em território nacional cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VIII)

IX - propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimentos científico, tecnológico e profissional relacionados ao uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, IX)

X - propor o estabelecimento e a articulação de redes colaborativas existentes no país e no exterior relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos, bem como a sua integração e cooperação; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, X)

~~**XI -** propor a criação e a implementação de comitês estaduais, distrital, regionais e municipais para a promoção do uso racional de medicamentos, observadas as regras de pactuação e decisão no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XI)~~

XI - incentivar e apoiar a criação e a implementação de comitês estaduais, distrital, regionais e municipais para a promoção do uso racional de medicamentos, observadas as regras de pactuação e decisão no âmbito do SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**XII -** instituir grupos de trabalho para execução de atividades específicas relacionadas ao cumprimento das finalidades do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

XIII - elaborar anualmente o edital do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos "Lenita Wannmacher"; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XIII)

XIV - organizar, a cada 2 (dois) anos, o Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XIV)

~~**XV -** elaborar anualmente o Planejamento de Ações do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**XVI -** atualizar seu endereço eletrônico na internet, integrante do Portal da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço http://portal.saude.gov.br; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XVI)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

XVII - elaborar documentos técnicos e informativos para divulgação ao público externo. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XVII)

XVIII - elaborar e aprovar o seu regimento interno; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

XIX - dar publicidade à composição, ao regimento interno, às reuniões, às proposições e aos atos do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, por meio do endereço eletrônico do Ministério da Saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

XX - encaminhar relatórios anuais das atividades do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos ao Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

Art. 8º O Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos é composto por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I)

~~**a)** 1 (um) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, a)~~

a) 1 (um) da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

b) 1 (um) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, b)

~~**c)** 1 (um) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, c)~~

c) 1 (um) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

d) 1 (um) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, d)

~~**e)** 1 (um) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, e)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

e) 1 (um) da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

f) 1 (um) da Secretaria-Executiva (SE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, f)

g) 1 (um) da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, g)

II - 1 (um) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, II)

~~**III -** 1 (um) do Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, III)~~

III - 1 (um) da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

IV - 1 (um) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, IV)

V - 1 (um) do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, V)

~~**VI -** 1 (um) da Federação Nacional dos Médicos (FENAM); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VI)~~

VI - 1 (um) do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

VII - 1 (um) do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VII)

VIII - 1 (um) do Conselho Federal de Farmácia (CFF); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VIII)

IX - 1 (um) do Conselho Federal de Odontologia (CFO); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, IX)

X - 1 (um) da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, X)

XI - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, XI)

XII - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, XII)

§ 1º A coordenação do Comitê Nacional será realizada de forma conjunta pela SCTIE/MS, por meio do DAF/SCTIE/MS, e pela ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Para cada membro titular será indicado o seu respectivo suplente. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º A participação dos órgãos e entidades de que tratam os incisos III a XII do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do Comitê, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 3º)

§ 4º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Nacional no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de publicação da Portaria nº 834/GM/MS, de 14 de maio de 2013. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 4º)

§ 5º A designação dos membros indicados pelos órgãos e entidades no Comitê Nacional será feita por meio de ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 5º)

§ 6º O Comitê Nacional poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às atividades do Comitê, quando entender necessário para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 6º)

§ 7º A Secretaria-Executiva do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos será exercida pelo DAF/SCTIE/MS, que fornecerá os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 7º)

XIII - 1 (um) do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP-Brasil); e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

XIV - 1 (um) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), preferencialmente por meio de representante dos usuários. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 1º A coordenação do Comitê Nacional será exercida pelo representante previsto na alínea "a" do inciso I do caput. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 2º Cada membro titular do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e seus impedimentos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 3º Os representantes previstos nos incisos I a III e XIV do caput serão indicados pelos titulares dos órgãos e entidades que representam. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 4º A participação das entidades de que tratam os incisos IV a XIII do caput será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pela coordenação do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, com indicação de seus representantes. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 5º A designação dos membros indicados na forma dos §§ 3º e 4º será feita por meio de ato do Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 6º O Comitê Nacional poderá convidar especialistas e representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, quando entender relevante para o cumprimento de suas competências. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 9º** O Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos exercerá suas atividades por meio de Plano de Ação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 5º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Parágrafo Único.** O Plano de Ação conterá, no mínimo, objetivos e ações e será avaliado e atualizado, no máximo, a cada 2 (dois) anos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 10.** Compete à coordenação do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**I -** coordenar as reuniões e as atividades do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**II -** propor o cronograma de suas reuniões ordinárias; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

~~**III -** acompanhar e avaliar a implementação do Plano de Ação e o desenvolvimento das ações propostas e das demais atividades do Comitê, além de propor adequações quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**IV -** submeter as propostas e recomendações do Comitê à apreciação e à aprovação dos dirigentes máximos dos órgãos e entidades que o compõem; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**V -** requerer os apoios técnico e administrativo da Secretaria Executiva do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**VI -** elaborar e sugerir adequações a este Capítulo; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, VI)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**VII -** representar institucionalmente o Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, VII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 11.** Compete à Secretaria Executiva do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**I -** apoiar as atividades do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**II -** executar ações resultantes das proposições e recomendações do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**III -** convocar reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê Nacional; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**IV -** organizar reuniões ou eventos técnico-científicos inerentes às atividades do Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 12.** Os membros exercerão a representação no âmbito do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos por um período de 2 (dois) anos, sendo permitida sua recondução a critério do órgão ou entidade de origem. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 8º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Parágrafo Único.** Os membros poderão, a qualquer tempo, solicitar seu desligamento do Comitê Nacional por meio de ofício destinado à Secretaria Executiva, de forma fundamentada, cabendo ao órgão ou à entidade representada indicar imediatamente novo representante para término do período restante de representação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 8º, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 13.** O Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos terá 4 (quatro) reuniões ordinárias anualmente e reuniões extraordinárias a critério da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 9º)~~

Art. 13. O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos se reunirá, em caráter ordinário, quatro vezes ao ano e, em caráter extraordinário, sempre que convocado por sua coordenação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 14.** As reuniões serão realizadas preferencialmente na sede do Ministério da Saúde, em Brasília/DF. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 10)~~

Art. 14. As reuniões do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos ocorrerão no Distrito Federal, e a participação dos membros que estejam em outros entes federativos será preferencialmente por videoconferência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 15.** Ao convocar as reuniões do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, a Secretaria Executiva do Comitê encaminhará em conjunto a pauta da respectiva reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**§ 1º** As reuniões ordinárias serão convocadas, no mínimo, com 2 (duas) semanas de antecedência. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11, § 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**§ 2º** As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 10 (dias) dias de antecedência. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11, § 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 16.** As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas somente com a presença de, no mínimo, um terço do total de membros do Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 12)~~

Art. 16. O quórum de reunião do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos é de dez membros e o quórum de aprovação é de maioria simples. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

Parágrafo único. Além do voto ordinário, o coordenador do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos terá o voto de qualidade em caso de empate. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 17.** Os representantes suplentes poderão participar das reuniões do Comitê Nacional com direito a voz, somente tendo direito a voto na ausência do respectivo membro titular. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 13)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Parágrafo Único.** Caso o órgão ou entidade queira enviar para uma mesma reunião do Comitê Nacional os seus dois representantes, titular e suplente, então deverá custear as despesas de um dos membros. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 13, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 18.** Os membros do Comitê Nacional participarão das reuniões com obediência às disposições constantes neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 14)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 19.** A falta injustificada em 2 (duas) reuniões no período de 1 (um) ano pelo membro titular e/ou, em caso de ausência do titular, pelo suplente acarretará a necessidade de indicação de novo representante por parte do respectivo órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 15)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 20.** A SCTIE/MS e a ANVISA se responsabilizarão pelo custeio das passagens e diárias dos representantes titulares do Comitê Nacional de Promoção para Uso Racional de Medicamentos que sejam não residentes em Brasília (DF) ou que não estejam no exercício regular de suas atividades no órgão ou entidade representada em Brasília (DF). (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 16)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Parágrafo Único.** Aplica-se o disposto no "caput" aos representantes suplentes na impossibilidade de presença do respectivo membro titular. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 16, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 21.** Caso previamente aprovada pelo Comitê Nacional, a divulgação dos atos oriundos do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos será efetivada pela Secretaria Executiva. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 17)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 22.** As atas de reunião do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos serão por ele aprovadas ao final da respectiva reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 18)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

de 09.12.2019)

~~**Art. 23.** Os órgãos e entidades que compõem o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos atuarão em conformidade com as finalidades institucionais do Comitê, inclusive mediante cumprimento de ações, tarefas e atividades inerentes à promoção do uso racional de medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 19)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 24.** As proposições discutidas no âmbito do Comitê Nacional somente constituirão recomendações se aprovadas por consenso pelos representantes dos órgãos e entidades presentes na reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 20)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 25.** Quando entender conveniente e oportuno, o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos poderá encaminhar recomendações ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**§ 1º** As recomendações do Comitê Nacional serão expressas na forma de resoluções e submetidas à aprovação do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21, § 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**§ 2º** Sem prejuízo do disposto no "caput", o Comitê também poderá encaminhar recomendações a outros órgãos e entidades, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21, § 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 26.** A utilização de dados e resultados obtidos das ações e atividades executadas pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos depende de prévia autorização do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 22)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 27.** Ao final de cada ano, a Secretaria Executiva apresentará relatório das ações e atividades executadas e monitoradas pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, além dos respectivos resultados obtidos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 23)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 28.** As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 24)~~

Art. 28. A participação dos membros do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 29.** Os casos omissos, dúvidas e assuntos técnicos pertinentes à promoção do uso racional de medicamentos serão submetidos ao Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 25)~~

Art. 29. É vedada a criação de subcolegiados por ato do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

TÍTULO II
DA POSSIBILIDADE DOS ENTES FEDERATIVOS AMPLIAREM O ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 30. Este Título dispõe sobre os §1º e §2º do art. 28 do Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011, que versam sobre a possibilidade dos entes federativos ampliarem o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública a justifiquem, e a competência do Ministério da Saúde de estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado. (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 1º)

Art. 31. Para os fins do disposto no art. 30, poderão ser aceitas documentações oriundas de serviços privados de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desde que respeitadas as regulamentações dos Componentes da Assistência Farmacêutica definidas pelo SUS e as pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 2º)

Art. 32. Para os fins do disposto no art. 30, as documentações oriundas de serviços privados de saúde também serão aceitas no caso de dispensação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 3º)

TÍTULO III
DAS NORMAS DE FINANCIAMENTO E DE EXECUÇÃO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO I)

Art. 33. Este Título dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 1º)

Art. 34. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 2º)

CAPÍTULO II
DAS RESPONSABILIDADES EXECUTIVAS
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO III)

Art. 35. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 36. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da RENAME vigente, sendo a sua distribuição realizada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º)

I - entrega direta ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, I)

II - nas hipóteses que não se enquadrarem nos termos do inciso I do "caput", entrega às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição aos demais Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, II)

Art. 37. Os quantitativos dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml de que tratam os arts. 35 e 36 do Anexo XXVIII serão estabelecidos conforme os parâmetros técnicos definidos pelo Ministério da Saúde e a programação anual e as atualizações de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

demandas encaminhadas ao Ministério da Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde com base de cálculo nas necessidades dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 7º)

Art. 37-A Para fins do disposto neste Capítulo, os Dispositivos Intrauterinos Tcu 380 (DIU de cobre) poderão ser disponibilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios às maternidades integrantes do SUS, para anticoncepção pós-parto (APP) ou pós-abortamento (APA) imediatas. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 1º A APP ou APA imediata deverá ocorrer no período entre 10 (dez) minutos a 48 (quarenta e oito) horas que sucederem o parto ou abortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 2º Para a APP, deve-se respeitar a 1ª hora de contato pele a pele mãe-bebê e início da amamentação. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 3º A APP e a APA deverão ser implementadas por meio de ações que assegurem os direitos sexuais e reprodutivos, tais como: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

I - aconselhamento focado na autonomia e garantia do direito ao exercício livre e seguro da sexualidade e à escolha quanto à opção e ao momento de engravidar, realizado na atenção básica e também nos momentos de internação hospitalar para o parto e para a atenção ao abortamento em todos os ciclos de vida, incluindo adolescentes; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

II - disponibilização da inserção do DIU de cobre de acordo com critérios de elegibilidade nos estabelecimentos hospitalares de saúde públicos e rede conveniada ao SUS com serviço de obstetrícia, imediatamente no pós-parto e pós-abortamento; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

III - acompanhamento pelas equipes da atenção básica e especializada, com esclarecimentos de dúvidas, manejo de efeitos adversos e atendimento a complicações, ajuste ou troca do método, entre outras ações que sejam necessárias. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 4º A implantação do DIU de cobre no pós-parto (APP) e pós-abortamento (APA) imediato são estratégias complementares e compartilhadas das ações de planejamento reprodutivo da atenção básica. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 5º As maternidades que contarem com atenção ambulatorial devem também ofertar a inserção do DIU de intervalo, assim considerado aquele inserido fora do período de pós-parto e pósabortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 6º O procedimento "03.01.04.002-8 - ATENDIMENTO CLINICO P/ INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)" deverá ser informado na AIH como procedimento secundário aos procedimentos de parto normal, cesariana, curetagem e AMIU quando realizada a inserção imediata do DIU pós-parto e pós-abortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

Art. 38. A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 8º)

Art. 39. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo-se: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º)

I - plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, I)

II - matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição, para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, II)

III - a aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, III)

Art. 40. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disponibilizarão, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 10)

Art. 41. Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios podem pactuar nas respectivas CIB a aquisição, de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pelo gestor estadual de saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por consórcios de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11)

§ 1º Na hipótese de utilização de Atas Estaduais de Registro de Preços, o edital elaborado para o processo licitatório disporá sobre a possibilidade de sua utilização pelos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º Nos procedimentos de aquisição, as Secretarias de Saúde seguirão a legislação pertinente às licitações públicas no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 42. No sentido de fortalecer a produção pública de medicamentos, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios poderão pactuar que o montante correspondente aos recursos financeiros estaduais a ser aplicado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica seja implementado por meio de medicamentos produzidos em laboratórios públicos oficiais, cujo valor unitário de aquisição será informado na respectiva CIB. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 12)

Art. 43. Para dar suporte à gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, o Ministério da Saúde disponibilizará aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 13)

CAPÍTULO III
DO CONTROLE E MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 44. As ações, os serviços e os recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constarão nos instrumentos de planejamento do SUS, quais sejam, Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 15)

Art. 45. O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os Fundos de Saúde, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dar-se-ão por meio do RAG. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16)

§ 1º O RAG conterá as ações e serviços efetuados no âmbito da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde e sua execução orçamentária e será elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria de Consolidação nº 1, no Capítulo das Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS, encontrando-se

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

disponível para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão em arquivo os documentos fiscais que comprovem a aplicação dos recursos financeiros tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16, § 2º)

Art. 46. A transferência dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios será suspensa, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, na hipótese de não aplicação dos recursos financeiros pelas respectivas Secretarias de Saúde dos valores definidos no art. 537 da Portaria de Consolidação nº 6, quando denunciada formalmente por um dos gestores de saúde ou constatada por meio de monitoramento e avaliação pelo Ministério da Saúde ou por auditorias dos órgãos de controle interno e externo. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17)

§ 1º A suspensão das transferências dos recursos financeiros será realizada mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias pelo Ministério da Saúde ao gestor de saúde e formalizado por meio de publicação de ato normativo específico, devidamente fundamentado. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 1º)

§ 2º O repasse federal dos recursos financeiros será restabelecido tão logo seja comprovada a regularização da situação que motivou a suspensão. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 2º)

§ 3º Caso não comprovada a regularização de que trata o § 2º, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º, II)

TÍTULO IV
DAS REGRAS DE FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 47. Este Título dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 1º)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO I)

Art. 48. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito do Componente de que trata o "caput" será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 49. Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º)

I - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I)

a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I, a)

b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I, b) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

II - Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, II)

III - Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, III)

Art. 50. Os grupos de que trata o art. 49 são definidos de acordo com os seguintes critérios gerais: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º)

I - complexidade do tratamento da doença; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, I)

II - garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, II)

III - manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, III)

Art. 51. O Grupo 1 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º)

I - maior complexidade do tratamento da doença; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, I)

II - refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, III)

IV - medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, IV)

Art. 52. O Grupo 2 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º)

I - menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º, I)

II - refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º, II)

Art. 53. O Grupo 3 é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 7º)

~~**Art. 54.** O elenco de medicamentos de que trata o art. 49 está descrito nos Anexos I, II e III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º)~~

Art. 54. O elenco de medicamentos de que trata o art. 49 está descrito nos Anexos I, II e III. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018

§ 1º Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 constituem o Anexo III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Os medicamentos do Grupo 3 compõem parte do Anexo I da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º, § 2º)

~~**Art. 55.** Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica somente serão autorizados para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde - 10ª revisão (CID-10), constantes do Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)~~

Art. 55. Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica somente serão autorizados para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde - 10ª revisão (CID10), constantes do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**Art. 56.** Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 compõem o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, na forma e redação estabelecidas pelo Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10)~~

Art. 56. Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 compõem o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, na forma e redação estabelecidas pelo Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

§ 1º Os atributos idade mínima, idade máxima, sexo, quantidade máxima e CID-10 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, utilizados para a execução deste Componente, são estabelecidos de acordo com os critérios preconizados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º O atributo quantidade máxima é definido considerando-se os meses com 31 (trinta e um) dias, sendo que para os meses com até 30 (trinta) dias a quantidade máxima autorizada será diretamente proporcional à quantidade de dias do mês correspondente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10, § 2º)

Art. 57. As formas de organização dos procedimentos do Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS são descritas de acordo com os critérios de classificação da "Anatomical Therapeutic Chemical" (ATC) da Organização Mundial da Saúde (OMS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11)

§ 1º Fármacos da mesma forma de organização não serão autorizados para uma mesma doença no mesmo período de vigência da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), exceto nos casos de recomendação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º Fármacos da mesma forma de organização poderão ser autorizados para doenças diferentes no mesmo período de vigência da APAC, exceto para a forma de organização dos inibidores do fator de necrose tumoral alfa. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 58. Cabe à esfera de gestão do SUS responsável a seleção dos medicamentos entre as formas de organização do Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS que define os procedimentos dos Grupos 1 e 2, desde que garantidas as linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 12)

Art. 59. Os medicamentos do Grupo 3 são de responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e compõem parte do elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica regulamentado por ato normativo específico, sendo disponibilizados, em caso de demanda, para a garantia das linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 13)

Art. 60. A não disponibilização de medicamentos no âmbito deste Componente não garante a integralidade do tratamento e provoca desequilíbrio financeiro, devendo os gestores do SUS, em pactuação nas instâncias gestoras, promover ações que restabeleçam o acesso aos medicamentos estabelecidos nas linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde e o equilíbrio financeiro. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 14)

Art. 61. A incorporação, exclusão, ampliação ou redução de cobertura de medicamentos no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorrerá mediante decisão do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15)

§ 1º O impacto orçamentário das incorporações ou ampliação de cobertura de que trata o "caput" será calculado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15, § 1º)

§ 2º A responsabilidade pelo financiamento das incorporações de medicamentos, de ampliação de cobertura para medicamentos já incorporados e incorporações de novas concentrações e/ou apresentações farmacêuticas será pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), respeitando-se a manutenção do equilíbrio financeiro

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

entre as esferas de gestão do SUS e a garantia da linha de cuidado da doença. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15, § 2º)

Art. 62. A inclusão efetiva de um medicamento nos Grupos 1, 2 e 3 deste Componente ocorrerá somente após a publicação da versão final do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas específico pelo Ministério da Saúde, observadas as pactuações no âmbito da CIT. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 16)

Art. 63. O Ministério da Saúde, em pactuação na CIT, poderá avaliar a transferência, em qualquer momento, de medicamentos deste Componente para outros Componentes da Assistência Farmacêutica ou a sua transferência entre os Grupos 1, 2 e 3 deste Componente, garantindo-se a disponibilização desses medicamentos no âmbito do SUS e o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 17)

CAPÍTULO II
DA EXECUÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II)

Art. 64. A execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 22)

Parágrafo Único. As normas de execução do Grupo 3 são regulamentadas no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em ato normativo específico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 22, Parágrafo Único)

Art. 65. Para os medicamentos constantes dos Grupos 1 e 2, a execução é descentralizada e de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo realizada de acordo com os critérios definidos neste Título e na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 23)

Art. 66. A solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento ocorrerão somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 24)

Art. 67. A solicitação, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento poderão ser descentralizadas junto à rede de serviços públicos dos Municípios mediante pactuação entre os gestores estaduais e municipais de saúde, observado o disposto no art. 65, os critérios legais e sanitários vigentes e os demais critérios de execução deste Componente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 25)

Art. 68. As Secretarias Estaduais de Saúde manterão os Municípios informados sobre a sistemática de execução deste Componente e os critérios de acesso aos medicamentos dos Grupos 1 e 2. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 26)

Seção I
Da Solicitação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 69. A solicitação corresponde ao pleito por medicamentos, pelo paciente ou seu responsável, em um estabelecimento de saúde definido nos termos do art. 66. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27)

§ 1º Para a solicitação, será obrigatória a presença do paciente ou seu responsável e a apresentação dos seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º)

I - cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, I)

II - cópia de documento de identidade, cabendo ao responsável pelo recebimento da solicitação atestar a autenticidade de acordo com o documento original de identificação; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, II)

III - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, III)

IV - prescrição médica devidamente preenchida; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, IV)

V - documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, V)

VI - cópia do comprovante de residência. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, VI)

§ 2º Os documentos descritos nos incisos III, IV e V do § 1º poderão ser oriundos de serviços privados de saúde, desde que respeitadas as demais regras deste Título e as pactuações realizadas no âmbito da respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 2º)

§ 3º Os documentos descritos nos incisos II e VI do § 1º não serão exigidos para a população indígena e penitenciária. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 3º)

Art. 70. Para a solicitação, fica dispensada a presença de pacientes considerados incapazes, conforme arts. 3º e 4º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), devidamente caracterizados no LME pelo médico prescritor. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28)

§ 1º No ato da solicitação, serão exigidos os seguintes documentos do seu responsável, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente mencionados no art. 69, § 1º : (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º)

I - cópia do documento de identidade; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, I)

II - endereço completo; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, II)

III - número de telefone. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, III)

§ 2º O responsável pelo paciente será o último indivíduo designado no LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 2º)

Art. 71. Cada usuário deverá ter apenas um cadastro no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, independente do número de LME vigentes. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 29)

Seção II
Da Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 72. A avaliação corresponde à análise técnica, de caráter documental, da solicitação e da renovação da continuidade de tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 30)

Art. 73. O avaliador será um profissional de saúde com ensino superior completo, registrado em seu devido conselho de classe e designado pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 31)

~~**Art. 74.** Para a avaliação, serão considerados os documentos exigidos no art. 69, observando-se: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 74. Para a avaliação, serão considerados os documentos exigidos no art. 69, observando-se: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32) I - (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**I -** LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, I)~~

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, I) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, II)

III - todos os documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, III)

~~**Parágrafo Único.** A avaliação será realizada utilizando os campos referentes à avaliação contidos no LME, conforme as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, Parágrafo Único)~~

Parágrafo único. A avaliação será realizada utilizando os campos referentes à avaliação contidos no LME, conforme as instruções apresentadas no Anexo V. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, Parágrafo Único) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Seção III
Da Autorização
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 75. A autorização corresponde ao parecer, de caráter administrativo, que aprova ou não o procedimento referente à solicitação ou renovação da continuidade do tratamento previamente avaliada. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 33)

Art. 76. O autorizador será um profissional de nível superior completo, preferencialmente da área da saúde, designado pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 34)

Art. 77. A autorização será efetivada somente após o deferimento da avaliação realizada de acordo com a Seção II do Capítulo II do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 35)

Seção IV
Da Dispensação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 78. A etapa da dispensação consiste no ato de fornecer medicamento(s) previamente autorizado(s) de acordo com a Seção III do Capítulo II do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 36)

Art. 79. O paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37)

Parágrafo Único. Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente mencionados no art. 69, § 1º : (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único)

I - declaração autorizadora; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, I)

II - cópia do documento de identidade; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, II)

III - endereço completo; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, III)

IV - número de telefone. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, IV)

Art. 80. O paciente, responsável ou representante apresentará documento de identificação para que seja efetuada a dispensação dos medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 38)

Art. 81. No ato da dispensação, o recibo de dispensação do medicamento será devidamente preenchido e assinado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 39)

Parágrafo Único. O Recibo de Medicamentos (RME) a ser utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica conterá, no mínimo, os dados constantes no modelo apresentado no Anexo VI. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 39, Parágrafo Único)

Art. 82. 1 (uma) via do LME, os recibos de dispensação dos medicamentos e os documentos descritos no art. 69 serão mantidos em arquivo pela unidade responsável pela dispensação. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 40)

Art. 83. A dispensação do medicamento poderá ser realizada para mais de um mês de competência, dentro do limite de vigência da APAC e respeitadas às exigências legais. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 41)

Art. 84. O processamento mensal da APAC no SIA/SUS será efetivado somente a partir da emissão do recibo de dispensação do medicamento devidamente preenchido e assinado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 42)

~~**Art. 85.** A interrupção do fornecimento do medicamento por abandono do tratamento será realizada quando o paciente, responsável ou representante não retirá-lo por 3 (três) meses consecutivos e não tiver ocorrido o fornecimento antecipado previsto no art. 83. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 43)~~

Art. 85. A interrupção do fornecimento do medicamento por abandono do tratamento será realizada quando o paciente, responsável ou representante não retirá-lo por 6 (seis) meses consecutivos e não tiver ocorrido o fornecimento antecipado previsto no art. 83. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

Parágrafo Único. Para as condições clínicas nas quais a posologia do medicamento descrita nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde seja superior a 6 (seis) meses, deve-se considerar como abandono de tratamento o período de intervalo descrito na posologia acrescido de 3 (três) meses. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

~~**Art. 86.** O SIA/SUS exercerá crítica para todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme os atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS descrita no Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 44)~~

Art. 86. O SIA/SUS exercerá crítica para todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme os atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS descrita no Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 44) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Seção V
Da Renovação da Continuidade do Tratamento
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção V)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

~~**Art. 87.** Para a renovação da continuidade do tratamento serão obrigatórios os seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45)~~

Art. 87. Para a renovação da continuidade do tratamento serão obrigatórios os seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**I -** LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, I)~~

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, I) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, II)

III - documentos para monitoramento do tratamento estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, III)

Seção VI

Do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 88. O LME é um documento oficial utilizado como instrumento para realização das etapas de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 46)

§ 1º O LME deverá seguir o modelo: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

I - proposto pelo Ministério da Saúde, constante no Anexo 2 do Anexo XXVIII desta Portaria; ou (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

II - padronizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, que observará os parâmetros do § 2º. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

§ 2º O modelo de LME padronizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverá: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

I - contemplar, minimamente, todas as informações constantes no LME proposto pelo Ministério da Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

II- ser estruturado para o preenchimento com informações sobre a solicitação, avaliação e autorização do procedimento; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

III - conter a logomarca do SUS e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

IV - conter as seguintes informações preenchidas exclusivamente pelo médico solicitante: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

a) Número do CNES; Versão da Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

b) Nome do estabelecimento de saúde solicitante; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

c) Nome completo do paciente; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

d) Peso do paciente; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

e) Nome da mãe do paciente; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

f) Altura do paciente; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

g) Medicamentos; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

h) Quantidade solicitada; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

i) CID-10; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

j) Diagnóstico; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

k) Anamnese; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

l) Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

m) Atestado de incapacidade; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

n) Nome do médico solicitante; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

o) Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

p) Data da solicitação; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

q) Assinatura e carimbo do médico. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

~~**Art. 89.** O modelo do LME que será utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e as instruções para o adequado preenchimento estão descritos no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47)~~

~~**Art. 89.** O modelo do LME que será utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e as instruções para o adequado preenchimento estão descritos no Anexo V. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)~~

Art. 89. As instruções para o adequado preenchimento do LME que seguir o modelo proposto pelo Ministério da Saúde estão descritas no Anexo 1 do Anexo XXVIII desta Portaria. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

Parágrafo Único. O LME está estruturado para que seja preenchido com informações sobre a solicitação, avaliação e autorização do procedimento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47, Parágrafo Único)

Art. 90. Para cada doença, definida de acordo com a CID-10, haverá a necessidade de preenchimento de um LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48)

~~**§ 1º** Cada LME corresponderá a uma única APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 1º)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

~~**§ 2º** Em caso de solicitação de mais de 5 (cinco) medicamentos para a mesma doença, o mesmo médico preencherá mais de um LME, para os quais será emitido apenas um número de APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 2º)~~

~~**§ 3º** Nos casos em que o medicamento não tiver indicação para utilização contínua, será emitida APAC para 1 (uma) competência, que corresponderá apenas ao mês de atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 3º)~~

§ 1º Cada LME poderá corresponder a até 2 (duas) APAC de 3 (três) competências ou até 6 (seis) APAC de 1 (uma) competência. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

§ 2º Nos casos em que cada LME corresponder até 6 (seis) APAC de 1 (uma) competência, essas devem ser subsequentes, ter numeração e vigência distintas, dentro do limite de até seis competências consecutivas. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

§ 3º Em caso de solicitação de mais de 6 (seis) medicamentos para a mesma doença, o mesmo médico preencherá mais de um LME, sendo que para cada conjunto de LME para o mesmo CID-10 poderá ser emitido até dois números de APAC de 3 (três) competências ou até seis números de APAC de 1 (uma) competência. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

§ 4º Nos casos em que o medicamento não tiver indicação para utilização contínua, será emitida APAC para 1 (uma) competência, que corresponderá apenas ao mês de atendimento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

~~**Art. 91.** Durante o período de vigência da APAC de um LME, será permitido o ajuste da solicitação da seguinte forma, caracterizando-se a adequação do LME: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)~~

Art. 91. Durante o período de vigência da APAC de um LME, será permitido o ajuste da solicitação da seguinte forma, caracterizando-se a adequação do LME: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

I - substituição, inclusão ou exclusão do procedimento para o tratamento da mesma doença (CID-10); ou (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, I)

II - alteração da quantidade do medicamento solicitada pelo médico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, II)

§ 1º Para a adequação do LME, será necessária a apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º)

~~**I -** LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, I)~~

~~**I -** LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, I) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)~~

I - LME adequadamente preenchido; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, II)

§ 2º Quando necessário, para adequação do tratamento, apresentar-se-ão também os documentos definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

§ 3º Poderá ser emitida nova APAC nos casos de adequação do tratamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

Art. 92. Será permitida a emissão de mais de uma APAC dentro do mesmo período de vigência, nos casos de pacientes diagnosticados com mais de uma doença (CID-10). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 50)

Art. 93. O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

Art. 94. Para cada LME será emitido um parecer do avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 52)

Parágrafo Único. Caso seja solicitado mais de um medicamento no mesmo LME, a avaliação poderá possuir mais de um parecer. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 52, Parágrafo Único)

Art. 95. O LME será assinado pelo autorizador somente nos casos de deferimento de um medicamento pelo avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 53)

CAPÍTULO III
DA PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III)

Art. 96. A responsabilidade pela programação, armazenamento e distribuição dos medicamentos dos Grupos 1A e 1B é das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo a responsabilidade pela aquisição dos medicamentos do Grupo 1A do Ministério da Saúde e dos medicamentos do Grupo 1B das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 54) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 97. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 2 é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 55) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 98. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 3 é das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 56)

Art. 99. Na aquisição dos medicamentos dos Grupos 1 e 2, os entes federativos observarão o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), conforme regulamentação vigente da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), os benefícios fiscais e os preços praticados no mercado no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 57)

Seção I
Dos Medicamentos de Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

~~**Art. 100.** O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal poderão pactuar a aquisição centralizada dos medicamentos pertencentes ao Grupo 1B, descritos no Anexo I da RENAME, e ao Grupo 2, descritos no Anexo II da RENAME, do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, desde que seja garantido o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS, observando-se, entre outros, o benefício econômico da centralização frente às condições do mercado e os investimentos estratégicos do governo no desenvolvimento~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

~~tecnológico e da capacidade produtiva junto aos laboratórios públicos e oficiais. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 58)~~

Art. 100. O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal poderão pactuar a aquisição centralizada dos medicamentos pertencentes ao Grupo 1B, descritos no Anexo I, e ao Grupo 2, descritos no Anexo II do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, desde que seja garantido o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS, observando-se, entre outros, o benefício econômico da centralização frente às condições do mercado e os investimentos estratégicos do governo no desenvolvimento tecnológico e da capacidade produtiva junto aos laboratórios públicos e oficiais.(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 58) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Art. 101. Pactuada a aquisição centralizada de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica pelo Ministério da Saúde, nos termos do art. 100, observar-se-ão as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59)

I - a primeira distribuição ocorrerá a partir da finalização dos procedimentos administrativos indispensáveis para o processo de aquisição; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, I)

II - o valor do(s) medicamento(s) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS corresponderá a 0 (zero) a partir da primeira distribuição realizada pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, II)

III - o Ministério da Saúde realizará o ressarcimento do estoque estadual com base na diferença entre as APAC aprovadas e o quantitativo distribuído no período de 180 (cento e oitenta) dias após a primeira distribuição do medicamento, considerando-se os valores definidos anteriormente ao valor descrito no inciso II. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, III)

Art. 102. A dispensação dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e seguirá os critérios estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 60)

Subseção I
Da Programação Anual
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção I)

Art. 103. A programação anual para aquisição centralizada de medicamentos é de responsabilidade do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61)

§ 1º A finalização da programação anual ocorrerá até o dia 30 de abril de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 1º)

§ 2º O quantitativo de medicamentos a ser adquirido será estabelecido considerando-se a média dos dados descritos nos incisos deste parágrafo, acrescido de um estoque estratégico calculado com base na série histórica de consumo de cada medicamento, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º)

I - quantidade aprovada do medicamento, por meio de APAC, na competência de outubro, novembro e dezembro do ano anterior à programação anual, conforme informação do SIA/SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º, I)

II - quantitativo de medicamentos distribuídos pelo Ministério da Saúde para atendimento dos meses de janeiro, fevereiro e março do ano da programação anual. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º, II)

Subseção II
Da Programação Trimestral
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção II)

Art. 104. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal encaminharão ao DAF/SCTIE/MS a necessidade trimestral de cada medicamento de aquisição centralizada. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62)

§ 1º O período de envio das informações atenderá o seguinte cronograma: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º)

I - para a programação do 1º trimestre, que corresponde aos meses de janeiro, fevereiro e março, o período para o envio das informações será do dia 20 a 30 de novembro do ano anterior; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, I)

II - para a programação do 2º trimestre, que corresponde aos meses de abril, maio e junho, o período para o envio das informações será do dia 20 a 28 de fevereiro do ano corrente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, II)

III - para a programação do 3º trimestre, que corresponde aos meses de julho, agosto e setembro, o período para o envio das informações será do dia 20 a 31 de maio do ano corrente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, III)

IV - para a programação do 4º trimestre, que corresponde aos meses de outubro, novembro e dezembro, o período para o envio das informações será do dia 20 a 31 de agosto do ano corrente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, IV)

§ 2º A distribuição dos medicamentos seguirá o período de entrega estabelecido no seguinte cronograma: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º)

I - para atendimento da programação referente ao 1º trimestre, que corresponde aos meses de janeiro, fevereiro e março, ocorrerá no período de 10 a 20 de dezembro do ano anterior; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, I)

II - para atendimento da programação referente ao 2º trimestre, que corresponde aos meses de abril, maio e junho, ocorrerá no período de 10 a 20 de março do ano corrente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, II)

III - para atendimento da programação referente ao 3º trimestre, que corresponde aos meses de julho, agosto e setembro, ocorrerá no período de 10 a 20 de junho do ano corrente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, III)

IV - para atendimento da programação referente ao 4º trimestre, que corresponde aos meses de outubro, novembro e dezembro, ocorrerá no período de 10 a 20 de setembro do ano corrente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, IV)

Subseção III
Do Controle e Monitoramento da Programação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção III)

Art. 105. A distribuição dos medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal terá como parâmetros a programação trimestral enviada pelas citadas Secretarias e a continuidade e regularidade da produção registrada em APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 63)

Art. 106. Após a finalização da programação trimestral para os medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, caso seja verificado que o consumo, via produção registrada em APAC, para o período, seja inferior

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

ao quantitativo total distribuído, a diferença será ajustada posteriormente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 64)

Art. 107. Após a entrega dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, toda a logística restante será de responsabilidade exclusiva das citadas Secretarias. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 65)

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 108. O medicamento Filgrastim 300mcg injetável por frasco passa a integrar o Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 80)

Art. 109. Compete ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) providenciar junto ao DATASUS as medidas necessárias para que sejam efetivadas nos sistemas de informação as adequações definidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 81)

Art. 110. Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) editar normas técnicas complementares referentes à operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, observadas as pactuações na CIT. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 82)

Art. 111. Os recursos financeiros federais para a execução do disposto neste Título são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.303.2015.4705 - Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 83)

~~**Art. 112.** Os Anexos I, II, III, IV, V e VI da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente estão disponibilizados no portal do Ministério da Saúde, cujo o acesso pode ser realizado por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84)~~

Art. 112. Os Anexos I, II, III, IV, V e VI estão disponibilizados no portal do Ministério da Saúde, cujo acesso pode ser realizado por meio do endereço eletrônico http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**Parágrafo Único.** O acesso ao Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente também poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico datasus.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84, Parágrafo Único)~~

Parágrafo Único. O acesso ao Anexo IV também poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico datasus.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84, Parágrafo Único) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Anexo 1 do Anexo XXVIII
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
(Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

(Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO

Os campos de 1 a 17 são de preenchimento exclusivo do médico solicitante.

Campo 1 - Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): preencher com o código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).

Campo 2 - Nome do estabelecimento de saúde solicitante: preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).

Campo 3 - Nome completo do Paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

Campo 4 - Nome da mãe do paciente: preencher com o nome completo da mãe do paciente.

Campo 5 - Peso: preencher com o peso atual do paciente, em quilogramas.

Campo 6 - Altura: preencher com a altura atual do paciente, em centímetros.

Campo 7 - Medicamento: preencher com o(s) nome(s) do(s) medicamentos(s) solicitado(s), de acordo com o descrito na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.

Campo 8 - Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento.

Campo 9 - CID-10: preencher com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID- 10) que corresponde à doença/lesão/agravo que motivou a solicitação do(s) medicamento(s).

Campo 10 - Diagnóstico: diagnóstico da doença que motivou a solicitação do(s) medicamento(s), descrito com base na denominação da CID-10.

Campo 11 - Anamnese: histórico do paciente que vai desde os sintomas e sinais iniciais até o momento da observação clínica.

Campo 12 - Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?: Assinalar se o paciente realiza ou já realizou tratamento para a doença descrita no campo nove. Caso esteve ou está em tratamento, deverá relatar o(s) esquema(s) terapêutico(s) utilizado(s).

Campo 13 - Atestado de capacidade: a solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença daquele considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil: os menores de dezoito anos; aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos ou que não puderem exprimir sua vontade, mesmo que transitória; ébrios habituais, viciados em tóxicos, ou os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; os pródigos. De acordo com a avaliação clínica pelo médico, descrever se o paciente preenche os critérios, ou não, de incapacidade. Caso apresente, descrever o nome completo do responsável pelo paciente.

Campo 14 - Nome do médico solicitante: preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Campo 15 - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante: Preencher com o número do CNS do médico solicitante.

Campo 16 - Data da solicitação: preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 17 - Assinatura e carimbo do médico: assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do médico solicitante.

Campo 18 - Assinalar o responsável pelo preenchimento dos campos 19, 20, 21, 22 e 23. No caso do responsável pelo preenchimento ser outra pessoa além do paciente, mãe do paciente, responsável descrito no item 13 ou o médico solicitante deverá ser informado o nome completo da pessoa sem abreviaturas e seu número de cadastro de pessoa física (CPF).

Campo 19 - Preencher a raça/cor do paciente expressada pelo próprio usuário ou seu responsável, conforme descrição da Portaria SAS/MS nº 719, de 28 de dezembro de 2007. Caso seja assinalada a Raça/Cor Indígena, deverá ser preenchida também sua etnia, conforme a Tabela de Etnias Indígenas Brasileiras descrita na Portaria SAS/MS nº 508, de 28 de setembro de 2010.

Campo 20 - Telefone(s) de contato do Paciente: preencher com número(s) de telefone do paciente para possíveis contatos.

Campo 21 - Número do documento do Paciente: assinalar com um "x" no campo correspondente ao CPF ou CNS e preencher com o número do documento assinalado.

Campo 22 - Correio eletrônico do Paciente: preencher com o correio eletrônico do paciente para possíveis contatos.

Campo 23 - Assinatura do responsável pelo preenchimento: assinatura da pessoa responsável pelo preenchimento campos 18, 19, 20, 21, 22 e 23.

AVALIAÇÃO TÉCNICA

Campo 1 - Nome do paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

Campo 2 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 3 - Código(s)/ Medicamento(s): preencher com os medicamentos solicitados e seus respectivos códigos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, de preferência, na mesma ordem da solicitação.

Campo 4 - CID-10: preencher com a CID-10 descrita pelo médico solicitante.

Campo 5 - Deferimento: o deferimento deve ocorrer quando a solicitação de algum medicamento preenche os critérios descritos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença, publicado pelo Ministério da Saúde, na versão final, e os demais parâmetros definidos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Assinalar o(s) números(s) correspondentes ao(s) medicamento(s) deferido(s).

Campo 6 - Observação: descrever, se necessário, observações que o avaliador julgue pertinentes.

Campo 7 - Devolução: a devolução caracteriza-se pela ausência de informação ou de documentos/exames ou preenchimento incorreto da solicitação do medicamento que impedem a plenitude da análise. Deve-se assinalar qual o motivo da devolução e o(s) número(s) correspondente(s) ao(s) medicamento(s) devolvido(s), considerando as seguintes definições: Preenchimento incompleto: assinalar quando há falta de preenchimento de algum campo considerado obrigatório no campo de solicitação de medicamento(s); Preenchimento incorreto: assinalar quando em algum campo da solicitação de medicamento(s) foi descrita informação incorreta da descrita nesta Instrução; Ausência de documentação: assinalar no caso de ausência de alguma documentação exigida pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença em questão ou pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Ausência de exame: assinalar no caso de ausência de algum exame exigido pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença em questão; Outros: assinalar quando o motivo de devolução não se enquadrar nos demais parâmetros descritos acima .

Campo 8 - Especificação: descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem no esclarecimento do motivo da devolução.

Campo 9 - Indeferimento: o indeferimento caracteriza-se pela negativa da solicitação do(s) medicamento(s), seja por não preencher os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença, publicado pelo Ministério da Saúde, na versão final, e/ou os demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Deve-se assinalar qual o motivo da devolução e o(s) número(s) correspondente(s) ao(s) medicamento(s) devolvido(s), quando necessário, considerando as seguintes definições: Não preenche critérios do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: assinalar quando a solicitação de medicamento(s) não preenche os critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, devido a condição clínica/laboratorial do paciente ou por não possuir indicação do(s) referido(s) medicamento(s), no momento da solicitação; Medicamento não padronizado: assinalar quando há solicitação de medicamento(s) não padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; CID-10 não padronizado: assinalar no caso que o CID-10 Primário, descrito pelo médico solicitante, não está padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Outros: assinalar quando o motivo de indeferimento não se enquadrar nos demais parâmetros descritos acima.

Campo 10 - Especificação: descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem a esclarecer o motivo do indeferimento.

Campo 11 - Nome do avaliador: preencher com o nome completo do avaliador.

Campo 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do avaliador: preencher com o número do CNS do avaliador.

Campo 13 - Data da avaliação: preencher com a data da avaliação no formato dd/mm/aaaa.

Campo 14 - Assinatura e Carimbo do avaliador: assinatura e carimbo do avaliador.

AUTORIZAÇÃO

Campo 1 - Autorização: assinalar se a solicitação de um ou mais medicamentos, previamente deferidos pelo avaliador, poderá ser autorizada. Assinalar o(s) números(s) correspondentes ao(s) medicamento(s) autorizado(s).

Campo 2 - Especificação: descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem a esclarecer o motivo da não autorização ou demais parâmetros que justificam alguma alteração.

Campo 3 - Número da Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC): Descrever o número de APAC (Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade/Custo no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS) gerado.

Campo 4 - Vigência: Descrever o período de vigência da APAC.

Campo 5 - Nome do autorizador: preencher com o nome do autorizador.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Campo 6 - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do autorizador: Preencher com o CNS do autorizador.

Campo 7 - Data da autorização: preencher com a data da autorização, registrando o dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 8 - Assinatura e carimbo do autorizador: assinatura e carimbo do autorizador.
(Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

Anexo 2 do Anexo XXVIII

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Melhor visualizado no programa "Acrobat Reader 6" ou versão posterior. Clique aqui para fazer o download.

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente*

5-Peso do paciente* kg

4- Nome da Mãe do Paciente*

6-Altura do paciente* cm

7- Medicamento(s)* Digitar manualmente / Listar medicamentos	8- Quantidade solicitada* 1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						

9- CID-10*

10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☐ SIM. Relatar:

☐ NÃO

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*

17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*

16- Data da solicitação* Hoje

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante ☐ Outro, informar nome: _____ e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____
☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

22- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

23- Correio eletrônico do paciente

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

ANEXO XXIX

Regulamento da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Origem: PRT MS/GM 962/2013)

Art. 1º Fica regulamentada a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.

Art. 2º Fica instituído o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 1º)

Art. 3º Compete ao Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º)

I - promover a articulação e o alinhamento entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial para qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, I)

II - promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada nos termos do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, II)

III - realizar o balanço semestral do desenvolvimento das ações para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, III)

Art. 4º O Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo é composto por: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I)

a) 1 (um) representante do Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde (GAB/SAS/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, a)

b) 5 (cinco) representantes do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, b)

c) 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, c)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, III)

IV - autores e colaboradores das seguintes publicações do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV)

a) Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV, a)

b) Diretriz de Atenção à Reabilitação das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV, b)

§ 1º Para cada membro titular que represente os órgãos de que tratam os incisos I a III do "caput" será indicado o seu respectivo suplente. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A participação dos autores e colaboradores de que trata o inciso IV do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os representantes titulares e os respectivos suplentes dos órgãos de que tratam os incisos I a III do "caput" serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O Comitê poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às atividades do Comitê, quando entender necessário para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º O GAB/SAS/MS fornecerá os apoios técnico e administrativo necessários para o funcionamento do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 5º)

Art. 5º O Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo se reunirá semestralmente ou, em caráter extraordinário, a critério da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 4º)

Art. 6º Compete à Coordenação do Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º)

I - organizar a pauta das reuniões; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, I)

II - promover a articulação entre os membros do Comitê e subsidiá-los com as informações por ele demandadas; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, II)

III - promover a divulgação dos relatórios de acompanhamento dos trabalhos e resultados alcançados; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, III)

IV - articular os órgãos do Ministério da Saúde envolvidos com as demandas nas ações e estratégias voltadas para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, IV)

V - elaborar a memória e sistematizar os produtos e documentos produzidos pelo Comitê; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, V)

VI - manter o Comitê informado sobre os processos de implantação das políticas públicas para as pessoas com transtornos do espectro do autismo. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, VI)

Art. 7º A participação no Comitê não será remunerada e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 6º)

ANEXO XXX

Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (Origem: PRT MS/GM 426/2005)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 1º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida será implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º)

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, I)

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, II)

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, III)

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, IV)

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, V)

VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, VI)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o art. 1º será constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º)

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, I)

II - Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, II)

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, III)

§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade será composta por: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º)

I - serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º, a)

II - serviços de Assistência Especializada (SAE) que são de referência em DST/HIV/Aids. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º, b)

§ 2º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º A regulamentação suplementar e complementar do disposto neste Anexo ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º)

§ 1º A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em reprodução humana assistida serão de competência das três esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os componentes do caput deste artigo deverão ser regulados por protocolos de conduta, de referência e de contrarreferência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º A capacitação e a educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverão ser realizadas de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 5º)

Art. 6º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, ora instituída. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 6º)

ANEXO XXXI

Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (Origem: PRT MS/GM 1169/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, que serão compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em A1lta Complexidade Cardiovascular, no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 1º)

Art. 2º As Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular será composta por: (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; e (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 3º As Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular deverão oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 3º)

Parágrafo Único. As aptidões e atribuições dos serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e nos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular serão regulamentadas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) em portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º As Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena do Sistema, de acordo com as respectivas condições de gestão e sua divisão de responsabilidades, adotarão as providências necessárias à implantação das Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, bem como a organização, habilitação, credenciamento e integração das Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e a dos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular que comporão essas Redes. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 4º)

Art. 5º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída pelo art. 1º. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 5º)

Art. 6º Ficam instituídos os seguintes instrumentos de gestão: (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º)

I - avaliação da qualidade das Unidades cadastradas e das Normas de Acompanhamento de Procedimentos de Alta Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º, I)

II - formulários de registros de preenchimento obrigatório: "Registro Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular", "Registro Brasileiro de Marcapasso, Desfibrilador e Ressincronizador Cardíacos", "Registro Brasileiro de Cirurgia Vascular", "Registro Brasileiro de Procedimentos da Cardiologia Intervencionista", "Registro Brasileiro de Procedimentos Endovasculares Extracardíacos" e "Registro Brasileiro de Procedimentos em Eletrofisiologia". (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º, II)

Art. 7º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias à implantação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 7º)

Art. 8º O quantitativo mínimo de procedimentos regulamentados pela SAS/MS, quando devidamente autorizados, terão a sua realização e pagamento garantidos, com vistas à manutenção da qualidade do serviço. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 8º)

ANEXO XXXII

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica (Origem: PRT MS/GM 1161/2005)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam às doenças neurológicas e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços públicos e privados que realizam tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença neurológica; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, IV)

V - ampliar e qualificar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças neurológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, V)

VI - ampliar e qualificar a cobertura dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas dos acidentes vasculares cerebrais no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VI)

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem o estudo do custo-efetividade, da eficácia e da qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo de diagnose e do tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença neurológica; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VIII)

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, IX)

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, X)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, de que trata o art. 1º deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º)

I - atenção básica, que consiste em realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos, bem como ações clínicas para o atendimento pré-natal, o tratamento da desnutrição infantil e das doenças infecciosas, do controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus que possam ser realizadas neste nível, e terão lugar na rede de serviços básicos de saúde - Centro de Saúde /Unidades Básicas de Saúde e Postos de Saúde e em especial pelas Equipes de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, I)

II - média complexidade, que consiste em realizar ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do portador da doença neurológica, hipertensão arterial

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

e diabetes mellitus, bem como garantir a assistência ao parto, e devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, II)

III - alta complexidade, que consiste em garantir o acesso aos procedimentos neurológicos, neurointervencionistas e neurocirúrgicos e assegurar a qualidade do processo, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e cuja assistência se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e de Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, III)

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Neurológicas, composto por atenção pré-natal, ao parto, ao neonato, ao desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção do trauma, assistência nutricional infantil, controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar por parte dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doenças neurológicas; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, V)

VI - a regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doenças neurológicas serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação, e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VII)

VIII - diretrizes de condutas, em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, IX)

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, X)

Art. 4º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 4º)

Art. 5º A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, por meio de portarias específicas. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 5º)

ANEXO XXXIII

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Origem: PRT MS/GM 1168/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, IV)

V - ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante); (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, V)

VI - ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VI)

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VIII)

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, IX)

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, X)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, de que trata o art. 1º, deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º)

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível. Tais ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

(Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família). De acordo com a necessidade local, o gestor poderá instituir uma equipe de referência da atenção básica com a função de tutoria e, ou referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, I)

II - média complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais. Essas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Para desempenhar as ações neste nível de atenção, o gestor poderá instituir um Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, II)

III - alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, III)

IV - plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doença renal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, V)

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença renal serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VII)

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, IX)

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, X)

Art. 4º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 4º)

ANEXO XXXIV

Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (Origem: PRT MS/GM 221/2005)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA REDE MULTICÊNTRICA DE AVALIAÇÃO DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS (REMATO)

Art. 2º Fica instituída a Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (REMATO) com o objetivo de atender às demandas do Sistema Único de Saúde no que se refere ao monitoramento da qualidade de implantes ortopédicos comercializados no país. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º)

§ 1º A REMATO é composta por laboratórios voltados à análise e avaliação de qualidade dos implantes ortopédicos. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Cabe ao Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (INTO/SAS/MS) fornecer o suporte técnico e administrativo necessário para o desenvolvimento das atividades de operacionalização da REMATO. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 3º Cabe à REMATO: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º)

I - promover ações voltadas à qualidade e segurança dos implantes ortopédicos, de forma a evitar a exposição da população a produtos sem evidência de segurança e eficácia em seu consumo; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, I)

II - fomentar a adequação e modernização dos laboratórios que venham a prestar serviços e contribuir com a qualificação do complexo industrial da saúde na área de implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, II)

III - atuar como facilitador na implantação e ampliação de sistemas de gestão de qualidade laboratorial com padrões internacionais; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, III)

IV - contribuir para a implementação das diretrizes relacionadas à avaliação da qualidade e eficácia de implantes ortopédicos no país; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, IV)

V - propor a organização de eventos de interesse na área com vista à capacitação dos profissionais para avaliação de implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, V)

VI - contribuir para a difusão do conhecimento sobre implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VI)

VII - apoiar os laboratórios da rede nas ações voltadas a serviços tecnológico; e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VII)

VIII - apoiar tecnicamente o Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Brasileiro de Tecnologia (SIBRATEC), quanto a temática implantes e instrumentais ortopédicos. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VIII)

Art. 4º Fica instituído o Comitê Gestor da REMATO que será composto por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º)

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (INTO/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (SETEC) do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, III)

IV - Instituto Nacional de Metrologia e Qualidade Industrial (INMETRO); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, IV)

V - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, V)

VI - Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI/MDIC); e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, VI)

VII - Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, VII)

§ 1º Cabe ao INTO/SAS/MS coordenar o Comitê Gestor. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Cabe ao Comitê Gestor: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º)

I - aprovar o Regimento Interno da REMATO; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, I)

II - disponibilizar seu corpo técnico-profissional para a operacionalização da rede; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, II)

III - propor programas interinstitucionais de trabalho para a melhoria da qualidade da produção nacional, pública e privada, para os segmentos produtivos do Complexo Industrial da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, III)

IV - apoiar às ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no que se refere à análise de conformidade de produtos para a saúde, obedecido o disposto no arcabouço regulatório sanitário brasileiro e as responsabilidades e atribuições legais da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, IV)

V - difundir e intercambiar conhecimentos e informações do conjunto de atribuições e competências dos partícipes, bem como criar mecanismos para tais fins; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, V)

VI - informar, obrigatoriamente, sobre ações em planejamento ou que estejam em andamento que possam interferir na atuação da outra parte; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - promover atividades de treinamento para a promoção de interesses comuns relacionadas a REMATO; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - participar das comissões e grupos de trabalho que tenham interface com as políticas de promoção e desenvolvimento das atividades econômicas e industriais, no âmbito do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VIII)

IX - desenvolver atividades para suporte à execução das políticas de saúde, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial, em especial a Política Industrial na Área de Próteses, Novos Materiais, Fármacos, Equipamentos Hospitalares, Acreditação de Laboratórios e Outras Atividades, sempre considerando as competências de cada um dos partícipes. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, IX)

Art. 5º O Regimento Interno deverá prever a estrutura organizacional, a operacionalização das atividades da Rede bem como os mecanismos para inserção e exclusão de laboratórios na Rede. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º)

§ 1º O INTO deve elaborar o Regimento Interno em 90 dias, após a publicação da Portaria nº 1883/GM/MS, de 14 de julho de 2010. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Após aprovado o Regimento pelo Comitê cabe ao INTO publicá-lo. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º, § 2º)

CAPÍTULO II

DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA

Art. 6º As Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento para formar uma rede hierarquizada, estadual ou regional, de atenção em alta complexidade em tráumato-ortopedia, com a finalidade de prestar assistência a doentes com afecções do sistema músculo-esquelético que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º)

§ 1º A Rede de Atenção em Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia será composta por: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º)

I - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º, I)

II - Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia devem: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º)

I - oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a doentes de afecções do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, I)

II - desenvolver articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, II)

III - respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização do SUS. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, III)

§ 3º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade de Tráumato-Ortopedia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia prestarão assistência por meio de seu respectivo Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 3º)

Art. 7º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) regulamentará os atributos necessários ao credenciamento/habilitação: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º)

I - das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º, II)

Art. 8º As Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, habilitadas em Gestão Plena do Sistema Municipal, adotarão as providências necessárias ao processo de credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia e da habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º)

§ 1º Caberá às Secretarias de Estado da Saúde a indicação para a habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As ações desenvolvidas deverão estar de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º, § 2º)

Art. 9º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) criará uma Câmara Técnica com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída por este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 5º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) criará e regulamentará os seguintes instrumentos de gestão: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º)

I - Guia de Boas Práticas na especialidade de tráumato-ortopedia, contendo recomendações de indicação e contraindicação de procedimentos de tráumato-ortopedia constantes da tabela do SUS; (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, I)

II - Indicadores de qualidade para avaliação das unidades credenciadas; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, II)

III - Registro Brasileiro de Cirurgia Tráumato-Ortopédica para prover a Autorização de Internação Hospitalar - AIH - de dados para rastreamento e avaliação futura de procedimentos, tornando-o de preenchimento obrigatório. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, III)

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias à implantação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 7º)

CAPÍTULO III
DA CÂMARA TÉCNICA EM TRÁUMATO - ORTOPEDIA

Art. 12. Fica atualizada a Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I)

a) Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, a)

b) Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, b)

c) Departamento de Avaliação, Regulação e Controle de Sistemas (DRAC); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, c)

d) Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, d)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, II)

a) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, II, a)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, V)

VI - Hospital Universitário Federal, indicado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT); e (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN). (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VIII)

§ 1º A Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia será coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e terá como Secretaria-Executiva o Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS). (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia, quando julgar necessário, poderá convidar participantes ad hoc, sempre de caráter institucional, internos ou externos ao Ministério da Saúde, nas áreas correlacionadas com a ortopedia, a traumatologia e a reabilitação do sistema músculo-esquelético. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 2º)

§ 3º À Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia cabe propor sobre: (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º)

I - a política nacional de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, I)

II - as ações de promoção da saúde, da prevenção, de diagnóstico e do tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública e privada; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, II)

III - as recomendações para o desenvolvimento das ações das entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, III)

IV - a atualização de procedimentos ortopédicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, IV)

V - a utilização de implantes utilizados no tratamento das doenças e agravos do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, V)

VI - incorporação de tecnologias que visam à promoção da saúde, à prevenção e ao diagnótico e tratamento de afecções músculo-esqueléticas, conforme o estabelecido para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VII - projetos de incentivo para ações de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico e de tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VII)

VIII - a formação e qualificação de profissionais para atuação em ortopedia, em traumatologia e em reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VIII)

IX - estudos e pesquisas na área de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; e (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, IX)

X - o aprimoramento da política nacional de transplantes de tecido músculo-esqueléticos. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, X)

Art. 13. Fica determinado que a Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS) tomará as providências cabíveis para a operacionalização dos trabalhos da referida Câmara. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 2º)

ANEXO XXXV

Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO) (Origem: PRT MS/GM 957/2008)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde, por intermédio de redes estaduais e regionais, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação das Unidades de Atenção Especializada, públicas ou privadas que prestam atenção em oftalmologia, bem como os mecanismos de sua monitorização com vistas à diminuição dos riscos aos quais fica exposto o paciente com doença oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, IV)

V - ampliar a cobertura no atendimento aos pacientes com doenças oftalmológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doenças oftalmológicas; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VI)

VII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VII)

VIII - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VIII)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, de que trata o art. 1º, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º)

I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada em Oftalmologia: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade, visando alcançar impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida dos usuários do SUS, por intermédio da garantia da equidade; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, II)

III - a organização das Redes de Atenção em Oftalmologia deverá respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde, cujas ações referentes a esse nível de atenção serão realizadas em Hospitais Gerais ou Especializados, Hospitais de Ensino, Ambulatórios Especializados em Assistência Oftalmológica, cuja normatização será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, III)

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regional dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao paciente com doença oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, V)

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença oftalmológica serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VII)

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, IX)

X - acesso à assistência farmacêutica disponibilizado pelo SUS; e (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, X)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

XI - acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, XI)

Art. 4º A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 4º)

ANEXO XXXVI

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (Origem: PRT MS/GM 1391/2005)

Art. 1º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º)

I - a promoção da garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública, e provendo assistência às pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, com a criação de um cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, I)

II - a promoção da garantia da integralidade da atenção, por intermédio do atendimento realizado por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, II)

III - a instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, III)

IV - a promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com a doença ou o traço falciforme; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, IV)

V - a promoção da integração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias com o Programa Nacional de Triagem Neonatal, visando a implementação da fase II deste último e a atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, V)

VI - a promoção da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo, imunobiológicos Especiais e insumos, como Filtro de Leucócitos e Bombas de Infusão; e (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, VI)

VII - a estimulação da pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, VII)

Parágrafo Único. As diretrizes de que trata este artigo apóiam-se na promoção, na prevenção, no diagnóstico precoce, no tratamento e na reabilitação de agravos à saúde, articulando as áreas técnicas cujas ações têm interface com o atendimento hematológico e hemoterápico. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde adotar as providências necessárias ao cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 2º)

ANEXO XXXVII

Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica (Origem: PRT MS/GM 81/2009)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será implantada de forma articulada nas três esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º)

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, I)

II - possibilitar a identificação dos determinantes e condicionantes dos principais problemas de saúde relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas, de forma a fornecer subsídios para a elaboração de ações e políticas públicas no setor, sem prejuízo da participação social; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, II)

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas em genética clínica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, III)

IV - incentivar a realização de pesquisas e projetos estratégicos destinados ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade e incorporação de tecnologias na área de genética clínica; e (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, IV)

V - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Genética Clínica, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, V)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será constituída dos seguintes níveis: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada em genética clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, II)

§ 1º Na atenção básica serão identificadas e acompanhadas as famílias e indivíduos com problemas relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Na atenção especializada em genética clínica será realizado o acompanhamento especializado multidisciplinar e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção dos casos encaminhados pela atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º)

I - A atenção especializada será composta por: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I)

a) Unidades de Atenção Especializada; e (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I, a)

b) Centros de Referência em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I, b)

§ 3º A atenção integral em genética clínica deverá ser organizada em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada ente federado e com os princípios e diretrizes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 4º Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em genética clínica no seu âmbito de atuação e gestão. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º)

§ 1º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão suplementar objeto deste Anexo para atender às necessidades e peculiaridades locorregionais. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As atribuições que compõem este artigo deverão ser fundamentadas nas diretrizes, protocolos de conduta e mecanismos de referência e de contrarreferência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º Compete à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) a adoção das medidas necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 5º)

ANEXO XXXVIII

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam instituídas a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS, em especial à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 2º)

Art. 3º Para efeito deste Anexo, considera-se doença rara aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem como objetivo reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno redução de incapacidade e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 4º)

Art. 5º São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º)

I - garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde em relação às pessoas com doenças raras, com consequente redução da morbidade e mortalidade; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, I)

II - estabelecer as diretrizes de cuidado às pessoas com doenças raras em todos os níveis de atenção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, II)

III - proporcionar a atenção integral à saúde das pessoas com doença rara na Rede de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, III)

IV - ampliar o acesso universal e regulado das pessoas com doenças raras na RAS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, IV)

V - garantir às pessoas com doenças raras, em tempo oportuno, acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis conforme suas necessidades; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, V)

VI - qualificar a atenção às pessoas com doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, VI)

CAPÍTULO III

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO III)

Art. 6º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é constituída a partir dos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º)

I - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, I)

II - reconhecimento da doença rara e da necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da RAS no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, II)

III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com doenças raras, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, III)

IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e atenção multiprofissional; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, IV)

V - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, V)

VI - incorporação e uso de tecnologias voltadas para a promoção, prevenção e cuidado integral na RAS, incluindo tratamento medicamentoso e fórmulas nutricionais quando indicados no âmbito do SUS, que devem ser resultados das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de avaliação e aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, VI)

VII - promoção da acessibilidade das pessoas com doenças raras a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, VII)

Art. 7º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º)

I - educação permanente de profissionais de saúde, por meio de atividades que visem à aquisição e ao aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a atenção à pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, I)

II - promoção de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, II)

III - organização das ações e serviços de acordo com a RAS para o cuidado da pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IV - oferta de cuidado com ações que visem à habilitação/reabilitação das pessoas com doenças raras, além de medidas assistivas para os casos que as exijam; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, IV)

V - diversificação das estratégias de cuidado às pessoas com doenças raras; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, V)

VI - desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, VI)

CAPÍTULO IV
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 8º São responsabilidades comuns do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em seu âmbito de atuação: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º)

I - garantir que todos os serviços de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças raras possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, I)

II - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças raras, de acordo com suas responsabilidades e pactuações; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, II)

III - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, III)

IV - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam no escopo das doenças raras nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, IV)

V - garantir o compartilhamento das informações na RAS e entre as esferas de gestão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, V)

VI - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos serviços de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VI)

VII - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção, ao cuidado e à reabilitação/habilitação das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VII)

VIII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VIII)

IX - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capilarização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, IX)

X - monitorar e avaliar o desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle das doenças raras no país no âmbito do SUS, bem como auditar, quando pertinente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, X)

Art. 9º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, I)

II - analisar, consolidar e divulgar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com doenças raras, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, II)

III - definir diretrizes gerais para a organização do cuidado às doenças raras na população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, III)

IV - estabelecer, por meio de PCDT, recomendações de cuidado para tratamento de doenças raras, levando em consideração a incorporação de tecnologias pela CONITEC, de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, IV)

V - efetuar a homologação da habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, V)

VI - disponibilizar sistema de informação para registro das ações prestadas no cuidado às pessoas com doenças raras em todos os serviços de saúde, seja na atenção básica ou especializada, ambulatorial ou hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, VI)

Art. 10. Às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal compete: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, I)

II - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas à inclusão da atenção e do cuidado integral às pessoas com doenças raras nos planos municipais, estadual e planejamento regional integrado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, II)

III - apoiar tecnicamente os Municípios para organização e implantação do cuidado para as pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, III)

IV - realizar a regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, IV)

V - analisar os dados estaduais, relacionados às doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, V)

VI - definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VII - apoiar os Municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VII)

VIII - efetuar e manter atualizado o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VIII)

IX - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando for de gestão estadual. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, IX)

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, I)

II - planejar e programar as ações e os serviços de doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, II)

III - organizar as ações e serviços de atenção para doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se os serviços disponíveis no Município; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, III)

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade própria; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, IV)

V - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando de gestão municipal; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, V)

VI - realizar regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VI)

VII - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com doenças raras, com sustentabilidade do sistema público de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VII)

VIII - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou interregional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VIII)

IX - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, IX)

X - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, X)

XI - definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XI)

XII - efetuar e manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XII)

XIII - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle das doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XIII)

CAPÍTULO V
DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO V)

Art. 12. A organização do cuidado das pessoas com doenças raras será estruturada nos seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12)

I - Eixo I: composto pelas doenças raras de origem genética e organizado nos seguintes grupos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I)

a) anomalias congênitas ou de manifestação tardia; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, a)

b) deficiência intelectual; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, b)

c) erros inatos de metabolismo; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, c)

II - Eixo II: composto por doenças raras de origem não genética e organizado nos seguintes grupos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II)

a) infecciosas; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, a)

b) inflamatórias; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, b)

c) autoimunes; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, c)

d) outras doenças raras de origem não genética. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, d)

CAPÍTULO VI
DA ESTRUTURA DA LINHA DE CUIDADO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 13. A linha de cuidado da atenção aos usuários com demanda para a realização das ações na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é estruturada pela Atenção Básica e Atenção Especializada, em conformidade com a RAS e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13)

§ 1º À Atenção Básica, que é responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede, compete: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º)

I - realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos às doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - desenvolver ações voltadas aos usuários com doenças raras, na perspectiva de reduzir os danos relacionados a essas doenças no seu território; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, II)

III - avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com doenças raras e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários e seus familiares; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, III)

IV - implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas, e seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, IV)

V - encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de doença rara para confirmação diagnóstica; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, V)

VI - coordenar e manter o cuidado das pessoas com doenças raras, quando referenciados para outros pontos da RAS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VI)

VII - registrar as informações referentes às doenças raras nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VII)

VIII - realizar o cuidado domiciliar às pessoas com doenças raras, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com os serviços de atenção especializada e serviços de referência em doenças raras locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VIII)

IX - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, IX)

§ 2º A Atenção Especializada, composta pelo conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma integral, resolutiva e em tempo oportuno, é composta, ainda, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º)

I - Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, a quem compete oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º, I)

II - Serviço de Referência em Doenças Raras, que oferece atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º, II)

§ 3º Compete ao Componente Atenção Domiciliar: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º)

I - realizar o cuidado às pessoas com doença rara de forma integrada com os componentes da Atenção Básica e da Atenção Especializada; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, I)

II - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, II)

III - instrumentalizar e orientar cuidadores e familiares para o cuidado domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, III)

IV - contribuir para a qualidade de vida da pessoa com doença rara no ambiente familiar; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, IV)

V - promover ações que auxiliem a autonomia das pessoas com doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, V)

§ 4º Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos de atenção deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da RAS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 4º)

Art. 14. O componente da Atenção Especializada da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras será composto por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14)

I - Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, I)

II - Serviço de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, II)

§ 1º O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras é o serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada em uma ou mais doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 1º)

§ 2º O Serviço de Referência em Doenças Raras é o serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada para pessoas com doenças raras pertencentes a, no mínimo, dois eixos assistenciais, de acordo com os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º)

I - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo I de que trata o art. 12; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, I)

II - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo II de que trata o art. 12; ou (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, II)

III - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 1 (um) grupo de doenças raras de cada um dos Eixos de que trata o art. 12. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, III)

§ 3º Os Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras são responsáveis também por ações diagnósticas, terapêuticas e preventivas às pessoas com doenças raras ou sob risco de desenvolvê-las, de acordo com os dois eixos assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 3º)

Art. 15. Compete ao Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras e ao Serviço de Referência em Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15)

I - compor a RAS regional, de forma que se garantam os princípios, as diretrizes e competências descritas na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, I)

II - ter uma população definida como de sua responsabilidade para o cuidado, assim como ter vinculado a si os serviços para os quais é a referência para tratamento às pessoas com doenças raras, podendo ser de abrangência local, regional, estadual ou nacional; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, II)

III - apoiar os outros serviços de atenção à saúde no que se refere ao cuidado da pessoa com doença rara, participando sempre que necessário da educação permanente dos profissionais de saúde que atuam neste cuidado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IV - utilizar os sistemas de informação vigentes para registro da atenção dispensada no cuidado às pessoas com doenças raras, conforme normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, IV)

V - garantir a integralidade do cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, V)

VI - reavaliar periodicamente as pessoas, de acordo com cada doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VI)

VII - estabelecer avaliações para verificar outras pessoas em risco de doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VII)

VIII - encaminhar as pessoas para a Atenção Básica para a continuidade do seguimento clínico, garantindo seu matriciamento; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VIII)

IX - submeter-se à regulação, fiscalização, monitoramento e avaliação do Gestor Municipal, Estadual e do Distrito Federal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, IX)

X - investigar e buscar determinar o diagnóstico definitivo e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos PCDT estabelecidos pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, X)

XI - garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XI)

XII - encaminhar as pessoas para os Centros Especializados de Reabilitação (CER) ou outros com a finalidade de reabilitação para complementaridade do cuidado, sem se eximir de continuar ofertando o cuidado integral às pessoas com doenças raras, garantidos mediante regulação; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XII)

XIII - realizar tratamento clínico e medicamentoso, quando houver, das pessoas com doenças raras segundo os PCDT instituídos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIII)

XIV - oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIV)

XV - referenciar as pessoas para os Serviços de Referência em Doenças Raras, quando se fizer necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XV)

XVI - garantir a investigação diagnóstica e o acompanhamento das doenças para as quais estiverem habilitados; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVI)

XVII - acolher o encaminhamento regulado de pessoas com diagnóstico ou suspeita de doença rara, provenientes da atenção básica ou especializada, para fins de investigação e tratamento; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVII)

XVIII - garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso regulado às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVIII)

XIX - oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar, de acordo com os eixos assistenciais e baseados nos PCDT instituídos; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIX)

XX - realizar o aconselhamento genético das pessoas acometidas e seus familiares, quando indicado. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XX)

rt. 16. São competências específicas do Serviço de Referência em Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16)

I - realizar o acompanhamento clínico especializado multidisciplinar à pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, I)

II - apresentar estrutura adequada, realizar pesquisa e ensino organizado, com programas e protocolos estabelecidos, reconhecidos e aprovados pelo comitê de ética pertinente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, III)

III - subsidiar ações de saúde dos gestores no âmbito das doenças raras, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, IV)

IV - participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com a gestão, tendo como base a PNEPS; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, V)

V - realizar atividades de educação ao público e aos profissionais de saúde no tema doenças raras, em conjunto com os gestores do SUS, os conselhos de saúde, a comunidade científica e as associações civis relacionadas às doenças raras ou outros representantes da sociedade civil organizada, com o objetivo de promover a compreensão da diversidade humana, dos direitos dos usuários e extinção dos preconceitos, buscando sua integração à sociedade. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, VI)

Art. 17. Poderão pleitear a habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras os estabelecimentos de saúde que obedeçam aos seguintes requisitos mínimos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17)

I - possuam alvará de funcionamento e se enquadrem nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros que venham a substituí-la ou complementá-la, precipuamente: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I)

a) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e suas alterações; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, a)

b) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, b)

c) Resolução - ABNT NBR 9050 - Norma Brasileira de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalações e adaptações de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, c)

II - disponham dos seguintes serviços de apoio diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II)

a) laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e de exames genéticos próprio ou alcançável; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

b) laboratório de imagem próprio ou alcançável; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II, b)

III - garantam, junto à RAS, as necessidades de internação (enfermaria e UTI) e cirurgia, que terão seus fluxos regulados conforme pactuações locais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, III)

Parágrafo Único. Na hipótese dos estabelecimentos de saúde de que trata o "caput" não oferecerem, dentro de sua estrutura física, as ações e serviços necessários para o cumprimento dos requisitos mínimos para habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras, estas ações e serviços poderão ser formalmente referenciados e contratualizados. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 18. Além dos requisitos mínimos de que trata o art. 17, para pleitear a habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deverá cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18)

I - possuir equipe assistencial composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I)

a) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, a)

b) técnico de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, b)

c) médico responsável pelo Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras com comprovada experiência na área ou especialidade. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, c)

II - contar com um responsável técnico médico, registrado no Conselho Regional de Medicina, devendo assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, II)

Parágrafo Único. O responsável técnico de que trata o inciso II poderá atuar como profissional em outro serviço habilitado pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 19. Além dos requisitos mínimos de que trata o art. 17, para pleitear a habilitação como Serviço de Referência em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deverá cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19)

I - possuir equipe assistencial para cada grupo dos Eixos de que trata o art. 12 composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I)

a) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, a)

b) técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, b)

c) médico com título de especialista na área da especialidade que acompanha, registrado no Conselho Regional de Medicina e/ou comprovação de atuação na doença rara específica por pelo menos 5 (cinco) anos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, c)

d) médico geneticista; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, d)

e) neurologista; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, e)

f) pediatra (quando atender criança); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, f)

g) clínico geral (quando atender adulto); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, g)

h) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, h)

i) nutricionista (quando atender erros inatos do metabolismo); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, i)

j) assistente social; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, j)

II - contar com um responsável técnico médico, registrado no Conselho Regional de Medicina, devendo assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, II)

Parágrafo Único. O responsável técnico poderá fazer parte de equipe mínima assistencial, desde que tenha título de especialista na área da especialidade que acompanha e/ou comprovação de atuação na área por pelo menos 5 (cinco) anos para uma das doenças raras acompanhadas pelo Serviço de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. Para pleitear a habilitação dos estabelecimentos de saúde como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios encaminharão à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20)

I - Resolução da CIR e da CIB ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) contendo: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I)

a) a relação dos estabelecimentos de saúde que realizarão a atenção especializada como Serviço de Atenção Especializada ou Serviço de Referência em Doenças Raras, indicando quais destes realizarão o aconselhamento genético, se necessário; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I, a)

b) a relação dos laboratórios que realizarão os exames diagnósticos, conforme descrito neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I, b)

II - atualização dos dados no SCNES dos estabelecimentos a serem habilitados; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, II)

III - cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o serviço de saúde, quando este não for da rede própria da respectiva secretaria de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, III)

IV - a indicação do(s) eixo(s) assistencial(is) de que trata o art. 12, bem como os grupos de doenças doença(s) para a(s) qual(is) o estabelecimento ofertará a assistência; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, IV)

V - Formulário de Vistoria disponível no Anexo 5 do Anexo XXXVIII , preenchido e assinado pelos respectivos gestores públicos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, V)

VI - titulação dos profissionais da equipe mínima assistencial e do responsável técnico cadastrados no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, VI)

§ 1º Poderá ser habilitado mais de 1 (um) Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras dentro do mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 1º)

§ 2º Na hipótese de ocorrência do disposto no § 1º, será acrescido à equipe mínima um profissional médico para cada Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras excedente, sendo os demais profissionais da equipe mínima comuns a todos os Serviços de Atenção Especializada em Doenças raras habilitados nesse mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 2º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

§ 3º O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou o Serviço de Referência em Doenças Raras que realizar o aconselhamento genético, deverá obedecer aos critérios descritos neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 3º)

Art. 21. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da portaria específica de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VII
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 22. O monitoramento de que trata este Anexo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 28)

Art. 23. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 29)

Art. 24. Para fins do disposto neste Anexo, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados Anexo XXXVIII; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30, II)

CAPÍTULO VIII
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VIII)

Art. 25. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com doenças raras no âmbito do SUS estarão submetidos à regulação, controle e avaliação pelos respectivos gestores públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 31)

Art. 26. O Ministério da Saúde monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, de acordo com as informações no SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 32)

Art. 27. As Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas neste Anexo, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 33)

Art. 28. O Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS), em conjunto com a CGMAC/DAET/SAS/MS, será responsável pelo monitoramento e a avaliação contínua dos Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras e dos Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 34)

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO IX)

Art. 29. A solicitação dos exames para diagnóstico das doenças raras, conforme descrito neste Anexo, será facultado apenas aos estabelecimentos habilitados como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 35)

Art. 30. As Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do SUS serão disponibilizadas no endereço eletrônico www.portal.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 36)

Art. 31. Os medicamentos e as fórmulas nutricionais incorporados pela CONITEC e constantes dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cuidados das pessoas com doenças raras serão objeto de pactuação tripartite no âmbito da assistência farmacêutica e dispostos em atos específicos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 37)

Art. 32. A APAC emitida para a realização dos procedimentos de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 1 - Anomalias congênitas ou de manifestação tardia, Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual e Eixo I: 3 - Erros Inatos do Metabolismo, terão validade fixa de 3 (três) competências. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38)

§ 1º Na APAC inicial dos procedimentos descritos no "caput" deverá ser registrado o procedimento principal (códigos: 03.01.01.019-6 ou 03.01.01.020-0 ou 03.01.01.021-8) de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras com o quantitativo 1 (um) com os procedimentos secundários realizados. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38, § 1º)

§ 2º A partir da segunda competência (APAC de continuidades), se houver necessidade de novos procedimentos secundários, o procedimento principal de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras deverá ser registrado com o quantitativo zerado e os respectivos procedimentos secundários realizados quantificados, durante o período de validade da APAC. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38, § 2º)

Art. 33. O procedimento de Aconselhamento Genético (código: 03.01.01.022-6) descrito Anexo XXXVIII poderá ser executado por equipe de saúde multiprofissional habilitada para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A)

§ 1º O Aconselhamento Genético envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consulente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 1º)

§ 2º Quando o aconselhamento genético envolver diagnóstico médico, tratamento clínico e medicamentoso, será obrigatória a presença de médico geneticista. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 2º)

§ 3º É obrigatória a elaboração de laudo escrito e assinado pelo profissional responsável que realizou o aconselhamento genético, a ser anexado no prontuário do consulente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

§ 4º O aconselhamento genético será realizado no SUS apenas nos serviços de saúde definidos e pactuados pelo gestor local com habilitação específica para o referido procedimento (código 32.14), conforme descrito no Anexo 2 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 4º)

Art. 34. Fica incluído na Tabela de Serviços Especializados do SCNES o Serviço de ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (código - 168) com as respectivas classificações, conforme o Anexo 1 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 39)

Art. 35. Ficam incluídas na Tabela de Habilitações do SCNES, Grupo de habilitação 35 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras, as habilitações, conforme definido no Anexo 2 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 40)

Art. 36. Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos referentes à assistência às pessoas com doenças raras no SUS, conforme disposto no Anexo 3 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 41)

Art. 37. Ficam incluídas compatibilidades entre procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS referentes aos procedimentos relativos à assistência às pessoas com doenças raras no SUS, conforme disposto no Anexo 4 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 42)

Art. 38. Ficam alterados na Tabela de Procedimentos do SUS os atributos dispostos no Anexo 6 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 43)

ANEXO 1 DO ANEXO XXXVIII

Serviço Especializado 168 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 1)

SERVIÇO ESPECIALIZADO 168 - ATENÇÃO AS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981/GM/MS, de 2014)

CÓD. SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
168	ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS	001	ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DOENÇAS RARAS	1	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2253*	Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
		002	REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS	1	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
					2251-24	Médico pediatra
					2251-12	Médico neurologista
					2251-25	Médico clínico geral
					2215-10	Psicólogo clínico
					2216-05	Assistente social
				2	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2253*	Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
					2251-24	Médico pediatra
					2251-12	Médico neurologista
					2251-25	Médico clínico geral
					2215-10	Psicólogo clínico
					2216-05	Assistente social
					2237-10	Nutricionista

Os CBOs indicados com asterisco (*) referem-se à possibilidade de inclusão de qualquer código referente a estas famílias de CBO que tenham comprovada experiência na área.

ANEXO 2 DO ANEXO XXXVIII

Tabela de Habilitações para à Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 2)

TABELA DE HABILITAÇÕES PARA À ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981 /GM/MS, de 2014)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	RESPONSABILIDADE
35.01	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I Doença Rara de Origem Genética: 1 - Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia	Centralizada
35.02	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 2- Deficiência Intelectual Associada à Doença Rara	Centralizada
35.03	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 3- Erro Inato do Metabolismo (EIM)	Centralizada
35.04	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 1- Doenças raras inflamatórias	Centralizada
35.05	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 2- Doenças raras infecciosas	Centralizada
35.06	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 3- Doenças raras autoimunes	Centralizada
35.07	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 1- Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia	Centralizada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

35.08	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 2- Deficiência intelectual associada a Doenças Raras	Centralizada
35.09	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 3- Erro Inato de Metabolismo (EIM)	Centralizada
35.10	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 3- Doenças raras autoimunes	Centralizada
35.11	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 2- Doenças raras inflamatórias	Centralizada
35.12	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 1- Doenças raras infecciosas	Centralizada
35.13	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 4- Outras Doenças Raras de Origem não Genética	Centralizada
35.14	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 4 - Outras Doença Rara de Origem não Genética	Centralizada
35.15	Serviço de Aconselhamento Genético	Centralizada

Obs: quando existir a habilitação em Erros Inatos do Metabolismo - EIM deverá ser indicado a vinculação do profissional nutricionista (CBO: 2237-10) no estabelecimento o qual irá compor a equipe.

ANEXO 3 DO ANEXO XXXVIII

Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 3)

Procedimento:	03.01.01.019-6 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 1 - Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia
Origem	Novo
Descrição	Consiste na Avaliação Clínica por médico especialista e investigação laboratorial, referentes ao Eixo Doenças Raras Genéticas que cursam com Anomalias Congênitas ou de Manifestações Tardias.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal),
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 800,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 800,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	D82.0, D82.1, E77.8, F70, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, G10, G12, G12.0, G12.1, G12.2, G12.3, G12.8, G12.9, H35.5, Q78.0, Q79.6, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Q82.1, Q96, Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8, Q96.9, Q97, Q97.0, Q97.1, Q97.2, Q97.3, Q97.8, Q97.9, Q98, Q98.0, Q98.1, Q98.2, Q98.3, Q98.4, Q98.5, Q98.6, Q98.7, Q98.8, Q98.9, Q99, Q99.1, Q99.0, Q99.1, Q99.2, Q99.8, Q99.9
Serviço/classificação:	168/001,168/002
Habilitação:	35/01.35/07

Procedimento:	03.01.01.020-0 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual
Origem	Novo
Descrição	Consiste na avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com deficiência intelectual.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal),
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 800,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 800,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	D82.0, D82.1, E70.0, E70.1, E70.2, E70.3, E70.8, E70.9, E75.0, E75.1, E76, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8, E76.9, E77, E77.0, E77.1, E77.8, E77.9, F84.2, G12.0, G12.1, G12.2, G12.8, G12.9, G37.0, G37.1, G37.2, G37.3, G37.4, G37.5, G37.8, G37.9, G71.0, G71.1, G71.2, Q00.0, Q00.1, Q00.2, Q85.0, Q85.1, Q85.8, Q85.9, Q87, Q87.0, Q87.1, Q87.2, Q87.3, Q87.4,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

	Q87.5, Q87.8, Q92.2, Q92.3, Q92.6, Q92.8, Q92.9, Q93.3, Q93.5, Q93.9, Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8, Q96.9, Q99.0, Q99.1, Q99.2, Q99.8, Q99.9
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/02, 35/08

Procedimento:	03.01.01.021-8 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 3 - Erros Inatos do Metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste na avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com Erros Inatos do Metabolismo.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 600,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 600,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	E16.1, E70.0, E70.1, E70.2, E70.3, E70.8, E70.9, E71.0, E71.1, E71.2, E71.3, E72.0, E72.1, E72.2, E72.3, E72.4, E72.5, E72.8, E72.9, E74.0, E74.1, E74.2, E74.3, E74.4, E74.8, E74.9, E75.0, E75.1, E75.2, E75.3, E75.4, E75.5, E75.6, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8, E76, E77.0, E77.1, E77.8, E77.9, E80.0, E80.1, E80.2, E80.3, E80.4, E80.5, E80.6, E80.7, E83.0, E83.1, E83.2, E83.3, E83.4, E83.5, E83.8, E83.9, F70, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9 , G37.0, G37.1, G37.2, G37.3, G37.4, G37.5, G37.8, G37.9, G71.0, G71.1, G71.2, G71.3, G71.8, G71.9, G72.0, G72.1, G72.2, G72.3, G72.4, G72.8, G72.9, E83.0
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/03, 35/09

Procedimento:	03.01.01.022-6 - Aconselhamento genético
Origem	Novo
Descrição	Procedimento que envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consulente, realizado por equipe de saúde multiprofissional capacitada
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA – I
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 100,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 100,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima	01
CBO:	2251-75 Médico geneticista ; 221105 – Biólogo
CID:	Z31.5
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/07, 35/08, 35/09, 35/10, 35/11, 35/12, /35/14, 35/15

Procedimento:	02.02.10.005-7 - Focalização isoelétrica da transferrina
Origem	Novo
Descrição	Consiste em teste pelo método de isoeletrofocalização, para detecção de todos os subtipos de defeitos congênitos da glicosilação tipo I. O agravo é decorrente da deficiência, ou ausência, de carboidratos, secundária à secreção de glicoproteínas, especialmente transferrina sérica, devido à atividade enzimática anormal da fosfomanomutase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.006-5 - Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, digestão com enzimas de restrição específicas, separação dos fragmentos em gel de agarose, transferência para membrana seguida de hibridação com uma ou mais sondas específicas, para detecção de uma determinada sequência e seu tamanho, ou determinação de sua ausência.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)o por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.007-3 - Análise de DNA por MLPA
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da hibridização do DNA genômico a uma mistura de sondas específicas para cada uma de diversas regiões estudadas simultaneamente, com amplificação dos produtos de ligação pela técnica de reação em cadeia de polimerase, utilizando um par de primers universal. A visualização dessas amplificações pode ser feita por eletroforese capilar e a análise por programas específicos de genotipagem. A técnica permite detectar deleções e duplicações de genes.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.008-1 - Identificação de mutação/rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da amplificação da sequencia de DNA de interesse por primers específicos, através da ação da enzima DNA polimerase, com visualização em gel após eletroforese (PCR clássico), ou diretamente pela dinâmica da reação de PCR (qPCR), podendo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

	ser antecedida por tratamentos prévios que permitam verificação do estado de metilação (PCR sensível a metilação e qPCR sensível a metilação).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.009-0 FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
Origem	Novo
Descrição	Técnica usada para verificar a presença ou ausência, o número de cópias e a localização cromossômica de uma sequência de DNA específica tanto nos cromossomos em metáfase quanto nas células em interfase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011- Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.010-3 - Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da hibridação genômica comparativa com milhares de sequências de DNA arranjadas em uma base (array) para detecção de variação no número de cópias de sequências de DNA (perdas ou ganhos de material cromossômico).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.011-1 - Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA seguido do sequenciamento bidirecional pelo método de Sanger de uma sequencia de até 500 pares de bases. O método é utilizado para identificação de mutações pontuais, deleções e duplicações de bases.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.012-0 - Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
Origem	Novo
Descrição	Consiste na detecção de glicosaminoglicanos na urina de pacientes suspeitos de mucopolissacaridoses, um erro inato do metabolismo, qualitativamente através de cromatografia de camada delgada, eletroforese ou quantitativamente, através de espectrofotometria.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.013-8 - Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
Origem	Novo
Descrição	Consiste na separação de oligossacarídeos e sialossacarídeos em cromatografia de camada delgada, com identificação de suas bandas para diagnóstico de erros inatos do metabolismo que acumulam esses metabólitos.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.014-6- Dosagem quantitativa de carnitina, perfil de acilcarnitinas
Origem	Novo
Descrição	Consiste na identificação e quantificação, através da espectrometria de massa, de carnitina e acilcarnitinas em sangue para auxílio diagnóstico em acidemias orgânicas, defeitos de beta-oxidação de ácidos graxos e doenças do metabolismo energético em geral.
Complexidade:	MC - Média Complexidade

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02. 10.015-4 - Dosagem quantitativa de aminoácidos
Descrição	Consiste na identificação e quantificação dos aminoácidos em sangue ou urina, através de cromatografia gasosa, cromatografia líquida de alta performance (HPLC) ou espectrometria de massa para diagnóstico de aminoácidopatias.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(S)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.016-2 - Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos
Descrição	Consiste na identificação e quantificação de ácidos orgânicos, por cromatografia gasosa acoplada a espectrometria de massa para auxílio diagnóstico em acidemias orgânicas.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.017-0. - Ensaios enzimáticos no plasma e leucócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total para medida da atividade enzimática em plasma, leucócitos ou tecido (fibroblasto, tecido hepático, medula óssea, etc.) A ser cultivado, em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente bioquímicas, fluorimétricas, espectrofotométricas, colorimétricas e outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima::	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.018-9 - Ensaios enzimáticos em eritrócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total, separando-se os eritrócitos. A técnica utilizada é, geralmente, fluorimétrica, podendo ainda ser espectrofotométrica ou colorimétrica. Auxilia no diagnóstico de galactosemia, podendo-se dosar tanto a galactose-1-fosfato, quanto a galactose total, além de se fazer o ensaio bioquímico para análise da atividade enzimática da galactose-1-fosfato uridil transferase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.019-7 - Ensaios enzimáticos em tecido cultivado para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de uma análise bioquímica realizada em tecido cultivado, preferencialmente fibroblasto, coletado através de uma biópsia de pele e cultivado em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente fluorimétricas, espectrofotométricas ou outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais. É útil para o diagnóstico de doenças lisossômicas.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.05.007-6 - Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Descrição	Consiste na análise de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA (individualizado), 07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	MAC

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Valor Ambulatorial SA:	R$ 3,70
Valor Ambulatorial Total:	R$ 3,70
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145 005 Exames de uroanálise (Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico) 145/011 - Exames de genética (Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico)
Regra Condicionada	008- Sem valor quando apresentado como APAC secundário tem valor zerado

ANEXO 4 DO ANEXO XXXVIII

Compatibilidade dos Procedimentos Relativos à Assistência à Pessoa com Doença Rara no SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 4)

COMPATIBILIDADE DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA A PESSOA COM DOENÇA RARA NO SUS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
03.0101.019-6	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo I - anomalias congênitas o	02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.006-5	Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.008-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.009-0	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
03.01.01.020-0	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo II - deficiência intelectual	02.02.10.012-0	Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
		02.02.10.013-8	Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.014-6	Dosagem quantitativa de carnitinas, perfil de acilcarnitinas
		02.02.10.015-4	Dosagem quantitativa de aminoácidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.016-2	Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.006-3	Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.009-0	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
03.01.01.021-8	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo III - erros inatos do metabolismo	02.02.05.007-6	Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.012-0	Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
		02.02.10.013-8	Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.014-6	Dosagem quantitativa de carnitinas, perfil de acilcarnitinas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

		02.02.10.015-4	Dosagem quantitativa de aminoácidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.016-2	Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.017-0	Ensaios enzimáticos no plasma, leucócitos e tecidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.018-9	Ensaios enzimáticos em eritrócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.019-7	Ensaios enzimáticos em tecido cultivado para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.008-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases

ANEXO 5 DO ANEXO XXXVIII

Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação de Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 5)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA SOLICITAR HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981/GM/MS, de 2014)

Nome da Unidade: _____

CNPJ: _____CNES_____

Endereço: _____

Município: _____UF:_____

CEP:_____ Telefones: ( ) _____

Fax: ( ) _____E-mail:_____

Diretor Técnico: _____

Telefones:( )_____Fax:( )_____

E-mail: _____

Gestor: _____Telefones: ( )_____

Fax:( )_____

E-mail: _____

NORMAS ESPECÍFICAS PARA HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS

A) EXIGÊNCIAS GERAIS:

1. Parecer conclusivo do respectivo Gestor (Municipal e/ou Estadual) do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento:

_____

2. Enviou a Resolução da Comissão Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) contendo a relação dos estabelecimentos de saúde que realizarão a atenção especializada como Serviço de Atenção Especializada ou Serviço de Referência em Doenças Raras, no âmbito do SUS, conforme descrito nesta Portaria.

( ) Sim ( ) Não

Informar CIB Nº:_____ Data: _____de _____de_____.

3. Relatório de vistoria da VISA local com parecer conclusivo sobre a habilitação em pauta

( ) Sim ( ) Não

4. Enviou a atualização dos dados do SCNES:

( ) Sim ( ) Não

5. Enviou a cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o serviço de saúde, quando este não for da rede própria da respectiva secretaria de saúde.

( ) Sim ( ) Não

B) EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS:

1. TIPO DE SERVIÇO:

A. ( ) SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DOENÇAS RARAS

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

Eixo II - Doenças Raras de Origem não genética:

( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética

Doença (s): _____

O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, acima assinalado, está indicado pelo Gestor local para realizar o Aconselhamento Genético e preenche todos os requisitos explícitos na Portaria GM nº 199/2014 ( ) Sim ( ) Não

B. ( ) SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS

I - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo dois (2) grupos do eixo de doenças raras de origem genética: 1- anomalias congênitas ou de manifestação tardia associado a doenças raras, 2-deficiência intelectual associada a doença rara, 3- erros inatos do metabolismo associado a doenças raras, ou;

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

II - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo dois (2) grupos do eixo de doenças raras de origem não genética: 1- Doenças Raras infecciosas, 2- Doenças Raras inflamatórias, 3- Doenças Raras autoimunes, 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética; ou ( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética Doença (s): _____

III - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo um (1) grupo do eixo doenças raras de origem não genética e um (1) grupo do eixo de doenças raras de origem genética

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

Eixo II - Doenças Raras de Origem não genética:

( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética

Doença (s): _____

O Serviço de Referência em Doenças Raras, acima assinalado, está indicado pelo Gestor local para realizar o Aconselhamento Genético e preenche todos os requisitos explícitos na Portaria nº 199/GM/MS, de 2014 ( ) Sim ( ) Não

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

2. INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS:

A. Dispõe de áreas físicas deverão possuir alvará de funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

1. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; ( ) Sim ( ) Não

2. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; ( ) Sim ( ) Não

3. Resolução - RDC nº 306, de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde; ( ) Sim ( ) Não

4. Resolução - ABNT NBR 9050 - Norma Brasileira de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalações e adaptações de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. ( ) Sim ( ) Não

B. Dispõe dos seguintes serviços de apoio diagnóstico:

A. Laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e de exames genéticos, quando necessário ( ) Sim ( ) Não

( ) Próprio ( ) Terceirizado - nº do CNES: _____

B. Serviço de Imagem ( ) Sim ( ) Não

( ) Próprio ( ) Terceirizado - nº do CNES: _____

3. Garante, junto à Rede de Atenção à Saúde, as necessidades de internação (enfermaria e UTI) e cirurgia, que terão seus fluxos regulados conforme pactuações locais.

( ) Sim ( ) Não

4. Para se habilitar como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deve cumprir os seguintes requisitos:

I. Possui equipe mínima assistencial composta por: ( ) Sim ( ) Não

A. Enfermeiro: Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

B. Técnico de enfermagem ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

C. Médico responsável pelo Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras com comprovada experiência na área ou especialidade. ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

Aconselhamento Genético (preencher somente se for realizar o aconselhamento genético) :

a. Possui em sua equipe multiprofissional, o profissional médico geneticista, para realização do Aconselhamento Genético

( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

ou

b. Possui em sua equipe multiprofissional, um profissional com graduação na área da saúde e pósgraduação - mestrado ou doutorado acadêmico na área de Genética Humana ou Título de especialista em Biologia Molecular Humana ou Citogenética Humana, emitidos pela Sociedade Brasileira de Genética ou Titulo de Especialista em Genética, emitido pelo Conselho Federal de Biologia, e comprovação de no mínimo 800 horas de experiência profissional ou estágio supervisionado em Aconselhamento Genético, para realização do Aconselhamento Genético ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

Titulação: _____

II. Conta com um responsável técnico que deve ser médico, registrado no Conselho Regional de Medicina

( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III. Assume a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS

( ) Sim ( ) Não

IV. Reside no mesmo Município no qual se encontra o Serviço de Atenção Especializada em Doença Rara pelo qual é responsável ou em cidades circunvizinhas.

( ) Sim ( ) Não

A. No caso em que atender mais de uma doença, informar a especialidade do médico com comprovada experiência na área ou especialidade. ( ) Sim ( ) Não

1. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

2. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

3. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

5. Para se habilitar como Serviço de Referência em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deve cumprir os seguintes requisitos:

I. Possui equipe mínima assistencial cada grupo do Eixo I ou do Eixo II atendido pelo Serviço de Referência em Doenças Rara composta por: ( ) Sim ( ) Não

A. Enfermeiro: ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

B. Técnico de enfermagem ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

C. Médico com título de especialista na área da especialidade que acompanha, registrado no Conselho Regional de Medicina e/ou comprovação de atuação na doença rara específica por pelo menos 5 (cinco) anos. ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

D. Médico geneticista

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

E. Neurologista;

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

F. Pediatra (quando atender criança);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

G. Clínico Geral (quando atender adulto);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

H. Psicólogo;

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

I. Nutricionista (quando atender Erros Inatos do Metabolismo);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

J. Assistente Social.

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

II. Conta com um responsável técnico que deve ser médico,

Medicina ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Nº do registro no Conselho:_____

III. Assume a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS

( ) Sim ( ) Não

IV Reside no mesmo Município no qual se encontra o Serviço de Atenção Especializada em Doença Rara pelo qual é responsável ou em cidades circunvizinhas.

( ) Sim ( ) Não

V. O responsável técnico possui título de especialista na área da especialidade que acompanha e/ou comprovação de atuação na área por pelo menos cinco anos para uma das doenças raras acompanhadas pelo Serviço de Referência.

( ) Sim ( ) Não

ANEXO 6 DO ANEXO XXXVIII

ALTERAÇÕES DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 6)

Alterações da Tabela de Procedimentos do SUS

Código:	Alterar Nome
02.02.05.007-6	Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Incluir:Descrição	Consiste na análise de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Incluir: Serviço/Classificação	145/011 - Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)
Excluir: Instrumento de Registro	01-BPA (Consolidado)
Incluir: Instrumento de Registro	06-APAC (Proc.Secundário)
Incluir: Regra Condicionada	006- Sem valor quando apresentado como APAC secundário tem valor zerado

ANEXO XXXIX

Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (Origem: PRT MS/GM 3027/2007)

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), na forma do Anexo 1 do Anexo XXXIX . (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de que trata o art. 1º estará disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde www.saude.gov.br, mais especificamente na área da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Art. 2º)

Art. 3º Os processos administrativos relativos à gestão do SUS serão definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º)

§ 1º Os processos pactuados no âmbito de cada CIB deverão respeitar as diretrizes aprovadas na CIT e os critérios técnicos das portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A CIB terá o prazo de 30 dias para se posicionar. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º, § 2º)

Art. 4º Para a garantia da permanente qualificação do processo de descentralização, será efetuado o desenvolvimento de ações como: (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º)

I - oferta de capacitação das equipes técnicas de estados e de municípios para adequada realização das ações descentralizadas; (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, I)

II - apoio técnico às CIBs, por parte da CIT e do Ministério da Saúde (MS), como forma de estabelecer um processo permanente de qualificação das pactuações em curso; e (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, II)

III - definição das informações estratégicas que devem ser enviadas ao Ministério da Saúde para subsidiar o processo de homologação, monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, III

ANEXO 1 DO ANEXO XXXIX

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Anexo 1)

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)

Apresentação

O presente documento, elaborado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), objetiva apresentar a referida política, que orienta as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas esferas de gestão.

A proposta está fundamentada no programa de governo, na proposta da equipe de transição, nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, no Plano Nacional de Saúde (PNS) e nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como nos dispositivos constitucionais e legais que regulamentam o SUS.

O governo federal tem o compromisso de consolidar a Reforma Sanitária brasileira, ancorada no conceito ampliado de saúde, concebido como qualidade de vida e decorrente da implementação de políticas econômicas e sociais direcionadas ao bem-estar da população, reafirmando as responsabilidades do Estado em relação à proteção social, conforme preceitua o artigo 3º da Lei nº 8.080, de 1990.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 conceitua a seguridade social como um valor social, configurada como um sistema que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (artigo 194). Nesse contexto, o SUS surge como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, eqüidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde.
Entretanto, para que ocorra a efetiva participação social na gestão da saúde, é fundamental que se implementem mecanismos de mobilização dos diferentes sujeitos relacionados ao SUS, fortalecendo a cidadania plena. Formalmente, todos os estados e municípios têm conselhos de saúde; porém, em muitos casos, são frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações, requerendo iniciativas concretas das três esferas de gestão do SUS e da sociedade civil.

A administração federal tem buscado, entre suas prioridades, alcançar maior eficiência, eficácia e efetividade na gestão do Estado. Todavia, o crescente grau de complexidade da institucionalização do SUS, concomitantemente à progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, exige o alcance de maior competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema.

Com o objetivo de reunir diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS, a Secretaria de Gestão Participativa, criada em 2003, foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

13 de julho de 2006, quando passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Naquela oportunidade, incorporou-se à SGEP o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), foi instituído o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, transformou-se o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa e, por fim, ampliou-se o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS.

Por oportuno, destaco que tal processo vem contribuindo para a qualificação da administração pública, ampliando-se seu comprometimento com a gestão participativa.

Assim, em continuidade a esse movimento, apresento a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), debatida e aprovada no colegiado do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

1 Introdução

O Estado brasileiro vem enfrentando, energicamente, a lógica da oferta de serviços fragmentados, que advém da visão compartimentada das necessidades sociais, dificultando a apreensão integral das complexas dimensões que compõem o cotidiano dos indivíduos e das coletividades. Tal modalidade de oferta atendia aos interesses corporativistas e produtivistas das “múltiplas prestações de serviços”, resultando na criação e manutenção do caos na demanda. Configurava, desta forma, um desvio do objeto da gestão pública, constituindo-se em estratégia disfarçada de privatização do Estado, por meio do esvaziamento do compromisso com a construção da eqüidade na oferta e utilização dos serviços públicos.

A eqüidade a ser construída pelas políticas públicas deve viabilizar a extensão de cobertura de serviços com qualidade em nome da universalidade, que não deve ser confundida com iniciativas que oferecem serviços de baixo custo, precários e de caráter compensatório e focalizante.

A emergência dos movimentos sociais nos anos 70 e 80, associada à mobilização nas universidades e nas organizações de usuários, gestores e trabalhadores da saúde, gerou, de modo pluralista e suprapartidário, as condições sociais e políticas de onde emerge, em meio à luta social, a noção da saúde como direito, assim como os princípios que viriam a servir de base para a criação do SUS.

Neste novo contexto histórico, realizou-se, em 1986, a 8a Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados, que aprovaram as bases do que viria a se constituir numa das principais conquistas sociais do período, o Sistema Único de Saúde, marco da construção democrática e participativa das políticas públicas, principal reforma popular e democrática em curso no Estado brasileiro. Esse amplo processo social gerou um fato inédito e singular: a apresentação de texto para a Assembléia Nacional Constituinte, que consagrava a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de uma emenda popular com mais de cem mil assinaturas. Assim, a participação da sociedade revela-se componente essencial, inerente ao processo da Reforma Sanitária Brasileira e sua marca emblemática.

Como conseqüência deste intenso processo, a Constituição Federal de 1988 incluiu a Saúde no Capítulo da Seguridade Social. Os artigos 196 a 200 introduzem grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a eqüidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde. Com isto, ficam estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS. Outro ponto que merece destaque é que as ações e os serviços de saúde são definidos como de relevância pública.

Em continuidade ao processo de construção do SUS, o texto constitucional foi detalhado nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), composta pelas Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Entre tantos pontos importantes, esta legislação definiu os mecanismos de participação popular/controle social e as competências das três esferas de governo.

As especificidades da área da saúde no Brasil fazem com que o debate acerca da função, do vínculo, dos resultados e das finalidades da implantação de toda e qualquer ação seja efetivada com base nos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na universalidade, eqüidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular. Tais princípios e diretrizes devem ser discutidos e incorporados na formulação de políticas dessa natureza.

Nesse contexto, o município deve ser valorizado como lócus de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade. A articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual, conformando um modelo regionalizado, representa a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde.

As bases do movimento da Reforma Sanitária, efetivadas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, apontaram o rumo da construção do modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades e demandas da população por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Como a realidade das regiões do país é bastante diversificada, em função da dinâmica sociopolítica e cultural e da amplitude geográfica, as demandas, necessidades e potencialidades podem variar, tornando fundamental a estratégia da descentralização. A regionalização cooperativa, contida no Pacto pela Saúde, firmado pelas três esferas do SUS, visa garantir o enfrentamento das iniqüidades com integralidade e racionalidade.

Esta tarefa exige o esforço de desencadear ações de educação em saúde que operem no sentido de ampliar a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Ao mesmo tempo, implica tornar visíveis as mudanças que vêm ocorrendo no SUS, a partir da concepção das equipes multiprofissionais de saúde, da intersetorialidade, da integralidade e do acolhimento.

A integralidade do cuidado à saúde e a humanização no SUS representam campos nos quais é possível a construção da autonomia das pessoas como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro de todo o processo de organização das práticas, pois possibilitam o encontro entre a necessidade e o desejo da população, com a lógica que orienta e preside as respostas institucionais. Por tudo isso, são consideradas políticas estruturantes para a gestão do SUS. Além disso, o atual governo acolheu as demandas oriundas de diferentes grupos relacionados com ações intersetoriais de inclusão social (populações negra e quilombolas, populações do campo e da floresta, população de gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros e travestis – GLBTT, ciganos, população em situação de rua e outros), gerando comitês técnicos que articulam governo e sociedade civil, mas que ainda não contavam com uma adequada estruturação.

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Igualmente, é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo. Torna-se necessário, também, aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS.

A auditoria no âmbito do SUS, nesse novo contexto, vem passando por um processo de mudança de conceitos, normas e procedimentos, substituindo antigas práticas voltadas para a assistência individual e focadas no erro, reforçando a preocupação com o acompanhamento dos serviços de saúde, das ações preventivas, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados, contribuindo para a garantia do acesso e da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, pautada na visão do coletivo.

O “Monitoramento, Avaliação e Controle da Gestão do SUS”, uma das Metas Presidenciais sob responsabilidade do Ministério da Saúde, dá concretude a uma lacuna referente à qualificação da gestão do Sistema, além de ser um exemplo importante da necessidade de integração entre as áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, pois mantém estreita relação com os demais departamentos citados.

Assim, a gestão estratégica e participativa encontra-se presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. A criação da SGEP, com seus quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS resulta desse movimento. Estas estruturas representam áreas de atuação complementar, devendo atuar de forma integrada, com maior racionalidade e ganho de eficácia, evitando duplicidade de ações ou conflito de competências.

A criação da SGEP representa ousada inovação no desenvolvimento dos processos participativos e aperfeiçoamento da democracia do Estado. A SGEP tem a responsabilidade de acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS.

2 Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Além do estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS tem por base os seguintes princípios e diretrizes:

Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, eqüidade, integralidade e participação social.

Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.

Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à eqüidade no exercício do direito à saúde.

Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes.

Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.

Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde.

Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS.

Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde.

Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

3 Componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida.

Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

As práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da eqüidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS compreende os componentes a seguir discriminados.

3.1 A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS

As conquistas populares no Brasil têm apresentado trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas conferências e nos conselhos de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tornou-se um marco por ter discutido o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte. As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª à 12ª, reafirmam como indispensáveis a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde afirma a necessidade de “Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos”.

Nesse processo, algumas propostas emanadas das conferências devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais – assegurando aos mesmos dotação orçamentária própria.

Consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos conselhos, com composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros.

Reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, considerados atores estratégicos para a gestão participativa.

Aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão.

Uma estratégia em desenvolvimento pela Secretaria está permitindo a construção do ParticipanetSUS, um sistema composto pelo cadastro, perfil e indicadores de avaliação dos conselhos de saúde, que visa identificar as principais questões relacionadas ao funcionamento dos conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros. O diagnóstico construído evidencia que, apesar dos significativos avanços em sua ação, quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, os conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, como o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; precárias condições operacionais e de infraestrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; dificuldade e desmobilização para a formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados.

Para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos, nos seguintes tipos:

Mecanismos institucionalizados de controle social, representados pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos conselhos regionais, bem como conferências e plenárias regionais.

Processos participativos de gestão, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem-se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, nas três esferas de governo.

Instâncias de pactuação entre gestores, como as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), envolvendo representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que conta com representantes do Ministério da Saúde, além dos representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, constituindo espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS.

Mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares.

Processos de educação popular em saúde desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS.

Reconstrução do significado da educação em saúde que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS.

Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersetorialidade) caracterizando o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e da sociedade civil, que atuam na produção social da saúde.

Este conceito ampliado de gestão participativa está estreitamente relacionado com as demais áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: os mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações da população, valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema, representados pelas ouvidorias do SUS; os mecanismos participativos de monitoramento e avaliação da gestão, das ações e dos serviços de saúde; e as ações de auditoria que desencadeiam medidas para o aprimoramento da gestão do SUS, de forma eficaz e efetiva, nas três esferas de governo.

Assim, o fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da eqüidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão. Deve-se, assim, estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na Saúde.

Todas essas formas que promovem a participação social e caracterizam a gestão participativa do SUS têm pela frente a tarefa de se apropriar da construção de novos modelos de atenção e gestão da saúde, regido sob a lógica das necessidades, demandas e direitos de toda a população.

O Pacto pela Saúde é a reafirmação da importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação. Além de analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), correspondente a sua esfera, os conselhos de saúde têm um papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo plano de saúde, que deve ter coerência com o TCG. Anualmente, os conselhos de saúde farão, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos planos de saúde, a partir do que foi acordado no Termo de Compromisso.

3.2 Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Diante da complexidade do processo de construção de um modelo de atenção à saúde voltado à qualidade de vida, modelo reiteradamente reforçado pelas Conferências Nacionais de Saúde (especialmente 10a, 11a e 12a), as dimensões de monitoramento e avaliação devem, necessariamente, buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coletivos, também os indicadores da desigualdade e iniqüidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas.

A preocupação com as ações de monitoramento e avaliação é crescente desde a criação do Sistema Único de Saúde, com diversos movimentos visando ao estabelecimento de conceitos, metodologias e práticas. Em 2000, em meio às reformas neoliberais em curso, o tema foi objeto de uma publicação polêmica da Organização Mundial da Saúde (OMS), que teve o mérito de gerar um intenso debate que realçou outros processos em desenvolvimento na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), uma das unidades regionais da própria OMS, e em países como Reino Unido, Canadá e Austrália, atentos a questões como as da eqüidade, as dimensões sociais do processo saúde-doença e a reorganização dos serviços e ao direito à saúde.

No Brasil, merece destaque o projeto PRO-ADESS (maiores informações poderão ser obtidas em www.proadess.cict.fiocruz.br) que reuniu pesquisadores de diversas instituições ligadas à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), produzindo importantes contribuições metodológicas e conceituais, no sentido de:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

a) compreender, monitorar e avaliar as inter-relações e os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a eqüidade no desempenho do SUS;

b) melhorar a formulação das políticas;

c) monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil; e

d) criar instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação destinados aos municípios, aos estados e à esfera federal, bem como mecanismos de acesso e difusão da informação e de formação permanente, voltados aos gestores, trabalhadores e usuários, em especial aos membros dos conselhos de saúde.

Para o monitoramento e avaliação de processos e resultados, são fundamentais os indicadores de estrutura, em especial no que se refere a recursos alocados, condução financeira e seu impacto nas metas e indicadores de saúde. O crescente desenvolvimento de ações de cooperação técnica e financeira entre União, estados e municípios vem evidenciando a necessidade de novos mecanismos de controle, interno e externo, que ampliem o papel exercido pelos mecanismos de controle social. Sendo assim, o problema da prestação de contas insere-se numa questão maior, envolvendo outros órgãos como a Secretaria Federal de Controle, da Controladoria-Geral da União (SFC/CGU), demonstrando a necessidade e a importância desse componente nas atividades de monitoramento e avaliação.

Monitoramento pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos.

Fruto de um intenso debate promovido pelo Ministério da Saúde, entre 2003 e 2005, envolvendo diversos órgãos, evidenciou-se a necessidade de uma estrutura que assumisse as tarefas de articulação, apoio e difusão das ações de monitoramento e avaliação que se encontram em curso nas diversas secretarias do Ministério da Saúde e demais unidades, bem como nas outras esferas do SUS, motivando a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, integrando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Uma das primeiras tarefas do novo departamento está sendo a preparação da publicação Painel de Indicadores do SUS, editada pela SGEP/MS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que tem como objetivo estimular a participação social e apoiar a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, rumo à consolidação do SUS.

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da eqüidade e da qualidade em saúde.

Outra ação em desenvolvimento, em articulação com as diferentes áreas do MS, é a regulamentação do monitoramento do Pacto pela Saúde. Este deve ser um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem os Termos de Compromisso de Gestão e os cronogramas pactuados, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de apoio para a qualificação do processo de gestão. Além disso, o Pacto pela Saúde estabelece diversas atribuições e responsabilidades das três esferas de gestão, em relação a monitoramento e avaliação, indicando a necessidade de articulação entre elas.

Nesse sentido, mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo-se a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

3.3 A Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria-Geral do SUS foi criada em 2003, tendo como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, apresentou, entre suas contribuições para a construção da Política Nacional de Ouvidorias do SUS, as seguintes propostas:

Criar e implementar, nas três esferas de governo, um processo de escuta contínua e interlocução entre usuários do SUS, por intermédio de serviços telefônicos gratuitos.

Desenvolver ampla pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e profissionais do SUS, quanto aos serviços e atendimento no âmbito do SUS.

Utilizar o instrumento de ouvidoria para fortalecer o controle social e a gestão participativa.

As ouvidorias são canais democráticos de comunicação, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. Por meio da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS), é papel da Ouvidoria efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. As ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social. As ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão.

O processo de avaliação tem caráter permanente e funciona a partir da perspectiva do usuário do SUS, contribuindo efetivamente para o aperfeiçoamento gradual e constante dos serviços públicos de saúde. As experiências de ouvidorias do SUS implantadas na União, estados e municípios contribui para a construção do Sistema Nacional de Ouvidorias, com vistas à descentralização do serviço e à identificação das reais necessidades da população. É imprescindível o compromisso dos gestores na tarefa de promover e estruturar canais abertos e acessíveis de comunicação com a população.

A implementação de uma ouvidoria bem estruturada e articulada com as três esferas de governo em conjunto com a comunidade, que insere o usuário no processo da administração das ações e serviços de saúde oferecidos pelo Estado, contribuirá para o apontamento e a identificação da necessidade de ajustes, criação e/ou extinção de mecanismos de gestão, programas, serviços e gerência das estruturas componentes do SUS. Portanto, a partir do momento em que esse usuário se manifesta, no exercício de sua cidadania, torna-se necessário criar meios acessíveis de interação entre os gestores e a população.

Em 2005, foi dado um passo importante no sentido da construção da Política Nacional de Ouvidorias do SUS, com a definição de suas diretrizes, de forma pactuada e com ampla participação.

A proposição de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, estruturado no interior da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, deve atuar de forma auxiliar e complementar, considerando as estruturas já institucionalizadas, tais como os conselhos de saúde, as comissões intergestores, as corregedorias e o Sistema Nacional de Auditoria.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

É importante registrar que o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges) incorporou e vem estruturando os serviços “Disque Saúde” do Ministério da Saúde (Central de Atendimento Telefônico de Discagem Direta Gratuita/DDG), atualmente unificados no 0800-61-1997, com o intuito de facilitar o acesso e para melhor atender ao cidadão-usuário. Além disso, o Doges desenvolve parcerias com outros órgãos do Ministério da Saúde, como o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além de outras estruturas da esfera federal, como a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Além desse atendimento, a Ouvidoria conta com uma área técnica especializada que realiza o trabalho de captação, acompanhamento e encaminhamento das demandas e informações provenientes dos serviços 0800; das correspondências espontâneas enviadas pelo cidadão-usuário à Presidência da República, ao Gabinete do Ministro e ao próprio Doges; de correspondências eletrônicas (Portal da Saúde/MS); do atendimento pessoal e das pesquisas de satisfação do usuário do SUS. Todas essas alternativas de atendimento viabilizam um canal permanentemente aberto entre o cidadão e o Ministério da Saúde.

O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS vem propiciando espaços de discussão para a construção, de forma pactuada, das diretrizes para a Política Nacional de Ouvidoria do SUS, por intermédio da promoção de convênios com vários estados e municípios, bem como investindo na organização de mecanismos de integração das ouvidorias, incluindo o esboço legal de um sistema nacional de ouvidoria e do desenvolvimento de uma ferramenta informatizada – o Ouvidor-SUS – destinada a ampliar e otimizar o atendimento das demandas provenientes da população, trabalhando dessa forma, a perspectiva de descentralização.

A sociedade brasileira passou a adotar, principalmente na busca por seus direitos em saúde, uma atitude nitidamente mais crítica e consciente, portanto a Ouvidoria-Geral do SUS é um instrumento da democracia participativa que trabalha na perspectiva de contribuir ativamente para ampliar a participação dos cidadãos, de forma a fortalecer as estratégias da gestão participativa, ampliando o processo do controle social, valorizando as opiniões geradas pelos usuários do SUS.

3.4 A Auditoria do SUS

A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Conceitualmente, a auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), órgão central do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), tem-se caracterizado como um órgão relevante de controle interno no âmbito do SUS, a partir de mudanças conceituais, normativas e operacionais, em consonância com seus princípios e diretrizes, alterando a lógica da produção/faturamento para a lógica da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados.
A nova concepção de saúde, pautada em princípios inerentes ao campo dos direitos humanos e sociais, exige dos técnicos e gestores da área, mudanças no sentido de apropriar novos conhecimentos, aprimorar e desenvolver novas técnicas, definindo padrões na forma de pensar e fazer auditoria.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), em seu art. 16, inciso XIX, atribui à direção nacional do SUS competência para estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e o Distrito Federal.

A Lei nº 8.689/1993, que instituiu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), define, no art. 6º, como competência precípua do SNA, a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS. Destaca que a concretização do SNA deverá se dar de forma descentralizada por meio dos órgãos estaduais, municipais e da representação do Ministério da Saúde em cada estado da Federação, expressando assim a sua dimensão técnica e política.

O SNA, além de exercer as atividades de controle das ações e serviços de saúde, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, deve proceder à avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade, bem como realizar auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial, como estabelece o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Ao receber a demanda e/ou após avaliar a necessidade de realizar a ação, é gerada uma tarefa no Sistema de Auditoria (Sisaud), norteando a atividade a ser desencadeada. Após esse procedimento, programa-se a ação, define-se o período de execução e designa-se a equipe responsável, cabendo a esta a emissão do correspondente relatório, que será o produto da análise e do cruzamento de dados gerados pelos diversos sistemas de informações do MS e de outras fontes e da verificação in loco da realidade concreta.

Cabe ao Denasus, além da realização de auditorias, o fortalecimento dos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, visando unificar os processos e práticas de trabalho para os três entes federativos, bem como contribuir para o aperfeiçoamento organizacional, normativo e de recursos humanos dos órgãos que compõem o SNA. Isto ocorre por meio de mecanismos que busquem maior interação e troca de informações entre seus componentes, possibilitando um diagnóstico mais preciso das necessidades de desenvolvimento e ações de capacitação de recursos humanos para a assunção das responsabilidades em cada nível de gestão.

Finalmente, o SNA deve atuar orientado, também, pelos resultados do monitoramento implementado pelas áreas finalísticas; pelos indicadores de avaliação; pelos pontos relevantes e fatores de riscos evidenciados por auditorias anteriores; pelas demandas originadas dos conselhos de saúde, movimentos sociais, do cidadão, de outros órgãos de controle e pelas prioridades governamentais, retroalimentando a gestão do SUS.

Assim, as ações de auditoria estão voltadas para o diagnóstico e a transparência, estimulando e apoiando o controle social, possibilitando o acesso da sociedade às informações e resultados das ações do SNA e consolidando a auditoria como instrumento de gestão.

Integra o Sistema Nacional de Auditoria uma Comissão Corregedora Tripartite composta por representantes da direção nacional do SUS, do Conass e do Conasems, conforme disposto no Decreto nº. 1.651, de 28 de setembro de 1995, cujas competências foram definidas pelo respectivo decreto e pela Portaria nº 2.123, de 30 de agosto de 2007.

4 Ações a Serem Desenvolvidas

Neste item são apresentadas as ações a serem desenvolvidas no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

1. Implementação da Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Eqüidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniqüidade:

a) Combate às iniqüidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBTT – gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis e, em situação de rua, cigana, entre outras;

b) Promoção de espaços de discussão e de fomento ao combate às iniqüidades em saúde nos níveis loco-regionais;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

c) Sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da eqüidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde;

d) Ampliação do acesso às populações negra, do campo e da floresta, GLTTB em situação de rua, cigana, entre outras, aos serviços e ações de saúde em articulação com os gestores;

e) Promoção de educação em saúde e controle social.

2. Brasil Quilombola:

a) Promoção da eqüidade na atenção à saúde da população quilombola;

b) Estabelecimento do recorte racial na política da saúde, nos aspectos relacionados à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do SUS;

c) Atenção à saúde das populações quilombolas.

3. Aprimoramento das Instâncias e Processos de Participação Social no SUS:

a) Realização da Conferência Nacional de Saúde;

b) Capacitação contínua de conselheiros de saúde;

c) Criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informação entre conselheiros de saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem sucedidas destes conselhos;

d) Aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e busca de novos canais de escuta da população;

e) Implantação de conselhos de gestão participativa nos estabelecimentos de saúde federais e municipais;

f) Intersetorialidade adotada como prática de gestão;

g) A disseminação de experiências bem sucedidas de gestão participativa em saúde deverá ser consolidada em uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições;

h) Implantação de ouvidorias no SUS e implementação de práticas de ausculta dos usuários, profissionais e gestores.

4. Gestão da Política de Saúde

Implementação de práticas de gestão estratégica com ações de auditoria do SUS e de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

5. Consolidação do Processo de Reforma Sanitária no País Realização de conferências temáticas e divulgação dos resultados, em parceria com o CNS.

6. Fortalecimento da Gestão do Trabalho no SUS

a) Promoção de conhecimento sobre o SUS, sua organização, acesso, responsabilidades de gestão e direitos dos usuários;

b) Implementação da educação permanente para o controle social no SUS.

7. Qualificação e Humanização na Gestão do SUS

Organização de instâncias que possibilitem a ausculta sistemática de profissionais de saúde.

5 Atribuições e Responsabilidades das Esferas de Gestão

As atribuições e responsabilidades dos gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, têm como base o Pacto pela Saúde.

5.1 Atribuições e Responsabilidades do Gestor Federal

Na esfera federal, o órgão responsável pela coordenação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS é a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com seus quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS. São atribuições do SGEP:

1. Acompanhar e apoiar os municípios, os estados e o Distrito Federal na elaboração dos respectivos componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

2. Propor, coordenar e apoiar a implementação da Política Nacional de Gestão Participativa, bem como o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

3. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

4. Apoiar os conselhos estaduais e municipais de saúde, que deverão ser organizados em conformidade com a legislação vigente;

5. Promover, em parceria com o CNS, a realização de conferências nacionais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências estaduais e municipais de saúde, inclusive com apoio técnico e financeiro.

6. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros nacionais nas conferências nacionais de saúde e na plenária nacional dos conselhos de saúde.

7. Apoiar o processo de a educação permanente dos conselheiros nacionais, estaduais, municipais e dos conselheiros de gestão participativa.

8. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

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

10. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde.

11. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

12. Fomentar pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

13. Colaborar com as demais áreas do Ministério da Saúde, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, na identificação das iniqüidades, oportunidades e recursos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

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

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

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

17. Apoiar o funcionamento dos colegiados de gestão regionais, inclusive os das regiões de saúde fronteiriças.

18. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, construindo, nesse processo, o plano nacional de saúde a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

19. Incentivar a participação da sociedade na construção das políticas intersetoriais, inclusive quanto ao financiamento dos mesmos, bem com de sua execução objetivando impactar de forma positiva nos determinantes sociais da saúde.

20. Disponibilizar o resultado das ações da SGEP ao CNS.

21. Colaborar na elaboração do relatório de gestão anual do Ministério da Saúde, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

22. Acompanhar o gerenciamento dos sistemas de informação, bem como colaborar na divulgação de informações e análises.

23. Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de monitoramento, avaliação e auditoria dos serviços vinculados ao SUS.

24. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

25. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de monitoramento e avaliação, articulando as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde, especialmente as relativas:

a) à aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

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

c) à implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

d) ao acompanhamento da atenção básica, nas demais esferas de gestão;

e) às ações de vigilância em saúde, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

f) ao desempenho das redes regionais e de referências interestaduais.

26. Coordenar a implantação do componente nacional do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes estaduais e municipais.

27. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

28. Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

29. Criar um fluxo de relação entre o controle social e a ouvidoria.

30. Apoiar o desenvolvimento e a pactuação de políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.

31. Colaborar no fortalecimento da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal.

32. Articular esta Política da SGEP – ParticipaSUS, com as demais políticas do Ministério da Saúde, inclusive com a de Comunicação.

5.2 Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Estaduais e do Distrito Federal

1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação abrangendo as diversas áreas da SES, acompanhar e apoiar as SMS do respectivo estado no desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação e monitorar os municípios e os consórcios intermunicipais de saúde.

2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

4. Promover atividades de educação e comunicação e apoiar as desenvolvidas pelos municípios.

5. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros de saúde.

6. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o Plano Estadual de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

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

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível estadual, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

12. Coordenar a implantação do componente Estadual de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes municipais.

13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, bem como auditar os sistemas municipais de saúde e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde.

16. Viabilizar a participação dos conselheiros estaduais nas conferências estaduais de saúde e na plenária estadual dos conselhos de saúde, bem como os delegados da respectiva UF eleitos para participar das conferências nacionais de saúde.

17. Promover, em parceria com o CES, a realização das conferências estaduais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências municipais de saúde.

18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional.

19. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

5.3 Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Municipais

1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação, abrangendo as diversas áreas da SMS.

2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

4. Assumir responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de educação e comunicação, no âmbito local.

5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros municipais e dos conselhos de gestão participativa.

7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o plano municipal de saúde e submetendo-o à aprovação do conselho municipal de saúde.

8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do conselho municipal de saúde.

9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

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

11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

12. Coordenar a implantação do componente Municipal de Auditoria do SUS.

13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do Conselho Municipal de Saúde(CMS).

16. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros municipais nas conferências municipais e estaduais de saúde.

17. Promover, em parceria com o CMS, a realização das conferências municipais de saúde.

18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional.

19. Implementar ouvidoria municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, em consonância com as diretrizes nacionais.

20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

ANEXO XL

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Origem: PRT MS/GM 198/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Art. 1º, caput)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Art. 2º Ficam instituídas as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 1º, Parágrafo Único)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 3º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º)

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º, § 2º)

Art. 4º Os Colegiados de Gestão Regional são as instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 3º)

Parágrafo Único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 5º São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º)

I - construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (de sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, I)

II - submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, II)

III - pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais Municípios de sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, III)

IV - incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde de sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, IV)

V - acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, V)

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, VI)

Art. 6º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º)

I - gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, I)

II - trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, II)

III - instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, III)

IV - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo LXXXV da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 7º São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º)

I - apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, I)

II - articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além dos critérios e diretrizes referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, II)

III - incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, III)

IV - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, IV)

V - apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, V)

Art. 8º A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 7º)

Parágrafo Único. Nenhum Município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional (CGR), deverá ficar sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 9º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 8º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 10. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, formada por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º)

I - representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, I)

II - gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, II)

III - um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme o art. 6º. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, III)

Art. 11. São atribuições dessa Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10)

I - assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, I)

II - estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando à integração das propostas; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, II)

III - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constantes do Plano Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, III)

Art. 12. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11)

I - elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, I)

II - definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o Estado; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, II)

III - pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, III)

IV - homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, IV)

V - acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, V)

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, VI)

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão transferidos aos fundos estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios, conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 13. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12)

I - definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, I)

II - aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, II)

III - acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, III)

Art. 14. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 13)

Parágrafo Único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do Anexo LXXXVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 15. Anualmente, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 14)

Art. 16. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 15)

Art. 17. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 16)

Art. 18. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20)

I - organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação técnica/graduação/especialização; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, I)

II - elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, II)

III - orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, III)

IV - qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, IV)

V - instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, V)

Art. 19. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21)

I - planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço; (Origem: PRT MS/GM

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

1996/2007, Art. 21, I)

II - estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, II)

III - articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, III)

Art. 20. A Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem por atribuição formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde, e será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 22)

CAPÍTULO II

DOS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS

Art. 21. A condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão) com as funções de: (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, I)

II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas); (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, III)

IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, IV)

V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, V)

VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, VI)

VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, VII)

Art. 22. Poderão compor os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS: (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º)

I - gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, I)

II - instituições de ensino com cursos na área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, II)

III - escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, III)

IV - núcleos de saúde coletiva; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, IV)

V - hospitais de ensino e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, V)

VI - estudantes da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VI)

VII - trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VII)

VIII - conselhos municipais e estaduais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VIII)

IX - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. Outras instituições poderão pedir sua integração, cabendo ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 23. O Colegiado de Gestão de cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será composto por representantes de todas as instituições participantes e poderá contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Polo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 3º)

Art. 24. Nos Estados com vários Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 4º)

Parágrafo Único. Poderá ser criado um Colegiado ou Fórum dos Polos. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 25. Cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será referência e se responsabilizará por um determinado território, que a ele se vinculará para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 5º)

Parágrafo Único. A definição dos territórios locorregionais se fará por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovação no Conselho Estadual de Saúde em cada Estado, não podendo restar nenhum município sem referência a um Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 26. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pela esfera federal, será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 6º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Parágrafo Único. A principal mobilização de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS será destinada à implementação dos projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Polo, CIB e CES de cada Estado, assegurando as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 6º, § 2º)

Art. 27. Os projetos apresentados pelos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS serão acreditados pelo Ministério da Saúde, de acordo com as "Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor" (Anexo 1 do Anexo XL), produzidas em conformidade com os documentos aprovados no Conselho Nacional de Saúde e os documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 7º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde oferecerá o acompanhamento e assessoramento necessários para que todos os projetos apresentados contemplem as diretrizes de validação previstas e os critérios pactuados para tanto, de forma a assegurar que nenhum projeto seja excluído. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III

DA COMISSÃO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS

Art. 28. Fica instituída a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a pactuação interinstitucional e intersetorial em torno das diretrizes políticas gerais da educação permanente em saúde no âmbito do SUS, bem como de seu acompanhamento e proposição das diretrizes de avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 1º) (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 8º)

Art. 29. São atribuições da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º)

I - propor prioridades, métodos e estratégias para a integração entre ensino das profissões da saúde, gestão do SUS, serviços de saúde e participação popular na saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, I)

II - propor estratégias e métodos de articulação com os órgãos educacionais e do SUS, bem como com entidades representativas da formação de recursos humanos na área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, II)

III - contribuir técnica e operacionalmente com a formulação e avaliação da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, III)

Art. 30. A Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde será composta pelos seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I)

a) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, a)

b) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, b)

c) Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, c)

II - Ministério da Educação: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II)

a) Secretaria de Ensino Superior; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II, a)

b) Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II, b)

III - Conselho Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, V)

VI - Fórum de Pró-Reitores de Extensão; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VI)

VII - Fórum de Pró-Reitores de Graduação; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VII)

VIII - Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII)

a) Associação Brasileira de Educação Médica; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, a)

b) Associação Brasileira de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, b)

c) Associação Brasileira de Ensino de Psicologia; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, c)

d) Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, d)

IX - Movimento Estudantil da Área da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX)

a) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, a)

b) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, b)

c) Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, c)

X - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, X)

XI - Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, XI)

Parágrafo Único. A Comissão poderá convidar outros técnicos e dirigentes para participarem de suas reuniões, em função da especificidade do tema a ser tratado. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 31. A coordenação dos trabalhos da Comissão ficará a cargo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, que oferecerá o apoio técnico e operacional necessário à realização dos trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 4º)

Parágrafo Único. A Comissão terá autonomia para a determinação de subgrupos, de acordo com temas e necessidades do trabalho. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL COM O OBJETIVO DE PROMOVER MEDIDAS QUE GARANTAM O SUPORTE TÉCNICO-ADMINISTRATIVO NECESSÁRIO AO DESENVOLVIMENTO DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (UNA-SUS)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

Art. 32. Fica instituída Comissão Interinstitucional com o objetivo de promover medidas que garantam o suporte técnico-administrativo necessário ao desenvolvimento da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º)

I - Colegiado Institucional formado por cinco membros, sendo: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I)

a) 2 (dois) membros indicados pelo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, a)

b) 2 (dois) membros indicados pelo Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, b)

c) 1 (um) membro indicado pelo representante da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, c)

II - Secretaria-Executiva formada por técnicos nomeados pelo Ministro da Saúde, composta por: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II)

a) Assessor Técnico Principal; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II, a)

b) Coordenador Administrativo pela FIOCRUZ; e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II, b)

Art. 33. O Colegiado Institucional será presidido pelo Secretário da SGTES/MS que, de comum acordo com o Presidente da FIOCRUZ, proverá os meios e recursos para o funcionamento da Secretaria-Executiva da UNA-SUS. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Cooperação Técnica da OPAS/OMS será promovida no contexto dos Termos de Cooperação nº 41 e nº 57. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 34. São atribuições da Secretaria-Executiva: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º)

I - coordenar um processo de fortalecimento institucional da UNA-SUS que assegure a execução e a sustentabilidade de seu programa de trabalho, mediante decisões homologadas pelo Colegiado Institucional; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, I)

II - articular as diversas instâncias da SGTES/MS, da FIOCRUZ e da OPAS/OMS envolvidas com a implantação e fortalecimento da UNA-SUS, visando dotá-la do instrumental técnico e administrativo necessário para a execução de seu programa de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, II)

III - apoiar tecnicamente a UNA-SUS em suas articulações com as diversas Secretarias do Ministério da Saúde, com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com as Instituições do Sistema Educacional, executoras das políticas voltadas para qualificação da força de trabalho em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, III)

IV - propiciar apoio às equipes técnicas encarregadas do programa de trabalho da UNA-SUS, em sua atuação junto às instituições acima referidas, visando à execução de ações de forma articulada e descentralizada. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, IV)

CAPÍTULO V
DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Art. 35. Fica instituída a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 827/2004, Art. 1º)

Art. 36. A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, tem as seguintes funções: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º)

I - debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, I)

II - sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, II)

III - sugerir iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, III)

Art. 37. A CRTS terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º)

I - 8 (oito) representantes do Ministério da Saúde, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I)

a) o Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, a)

b) o Coordenador-Geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, que atuará como Coordenador Adjunto; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, b)

c) 2 (dois) representantes do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, sendo: um da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde; e um da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, c)

d) 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, e)

II - 2 (dois) representantes do Ministério da Educação, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II)

a) 1 (um) representante da Secretaria de Educação Média e Tecnológica; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II, a)

b) 1 (um) representante da Secretaria de Educação Superior. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II, b)

III - 1 (um) representante do Ministério do Trabalho e Emprego; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, III)

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante de cada um dos Conselhos integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VIII - 4 (quatro) representantes de entidades científicas das profissões da área de saúde, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII)

a) 1 (um) representante da Associação Médica Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, a)

b) 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, b)

c) 2 (dois) representantes por designação das entidades nacionais dos trabalhadores da área de saúde que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, c)

IX - 2 (dois) representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. À exceção dos representantes individuados pelo inciso I deste artigo, os demais integrantes da Câmara serão livremente designados por meio de expediente subscrito pelos representantes legais dos órgãos e das instituições representadas. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 38. Compete ao Coordenador da CRTS a indicação do Secretário-Executivo e do Relator Geral da Câmara. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 3º)

Art. 39. A Câmara de Regulação contará com dois assessores técnicos, indicados pelo seu Coordenador, para assisti-la na consecução dos seus trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 4º)

Art. 40. Quando necessário, a CRTS poderá convidar especialistas ou instituições para participarem de discussões específicas, considerando o notório saber dos convidados sobre os assuntos. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 5º)

Art. 41. A CRTS poderá realizar audiências públicas para disseminar o debate sobre temas de sua pauta de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 6º)

Art. 42. As reuniões da CRTS ocorrerão ordinariamente uma vez a cada três meses e, extraordinariamente, sempre que convocadas pelo seu Coordenador. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 7º)

Art. 43. Os integrantes da CRTS serão notificados da realização de suas reuniões por meio eletrônico ou por ofício enviado pelo seu Coordenador, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º)

Parágrafo Único. A notificação deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único)

I - a proposta de pauta da reunião; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - o local, a data e a hora em que a reunião se realizará. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

Art. 44. A reunião da CRTS somente será realizada se presente a maioria absoluta dos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º)

§ 1º Os trabalhos da reunião acontecerão no horário das dez às dezessete horas, podendo estender-se por decisão da Câmara. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A verificação do quórum de instalação da reunião será realizada 15 (quinze) minutos após a hora prevista para seu início. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º, § 2º)

Art. 45. A ata da reunião da CRTS será redigida pelo seu Relator Geral e subscrita, na reunião seguinte, por todos os representantes que dela participaram, após a leitura e aprovação do seu texto. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 10)

Parágrafo Único. Uma minuta da ata de que trata o caput deste artigo deverá acompanhar a notificação da reunião seguinte. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 46. Os consensos construídos na CRTS referentes às atribuições que lhes são conferidas pelo art. 36 serão encaminhados ao Ministro de Estado da Saúde por meio do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 11)

Art. 47. Os trabalhos da CRTS serão executados com plena observância das previsões contidas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 12)

Parágrafo Único. As eventuais omissões de procedimento serão supridas por deliberação de sua Coordenação, ad referendum dos seus demais componentes. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 12, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VI
DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Art. 48. Este Capítulo regulamenta os arts. 8º e 9º do Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, para definir as informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico, a serem fornecidas por Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) e sociedades de especialidades a ela vinculadas, que farão parte do Cadastro Nacional de Especialistas. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 1º)

Art. 49. Para a implantação e atualização do Cadastro Nacional de Especialistas, a CNRM, o CFM e a AMB e sociedades de especialidades a ela vinculadas disponibilizarão suas bases de dados atualizadas ao Ministério da Saúde com informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 2º)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no "caput", as informações a serem fornecidas encontram-se listadas nos termos do Anexo 2 do Anexo XL . (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 50. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponibilizarão manual conjunto instrutivo com as diretrizes e regras de negócios para fluxos de dados e integração entre sistemas de informação entre o Ministério da Saúde, a CNRM, o CFM e a AMB e sociedades de especialidades a ela vinculadas para a disponibilização das informações de que trata este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 3º)

ANEXO 1 DO ANEXO XL
Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Anexo 2)

Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor

1. Introdução

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar educação permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, a partir do documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 04 de setembro de 2003 e dos documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 18 de setembro e em 23 de outubro de 2003 e da Resolução do CNS Nº 335 de 27 de novembro de 2003 (estes documentos estão a disposição no site: www.saude.gov.br/sgtes).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas, foram desafios assumidos pelo governo federal.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações).

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.

A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso.

A negociação de iniciativas inovadoras e articuladoras deve se dar em cinco campos:

- transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola;

- estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção de saúde à população;

- instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS;

- construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locorregionais;

- avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança.

A interlocução com o CNS, com a CIT, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com as Associações de Ensino será permanente, especialmente no tocante à formação e desenvolvimento para a gestão de sistemas, ações e serviços de saúde; à formação e desenvolvimento de conselheiros e agentes sociais para a construção da gestão social das políticas públicas de saúde, à formação e desenvolvimento dos formuladores de políticas nas áreas estratégicas e de implementação da organização da atenção à saúde proposta pelas Leis 8080/90 e 8142/90; e ao estabelecimento de uma relação de parceria permanente com o movimento estudantil de pensar e agir pela mudança na formação e no exercício profissional.

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos hospitais de ensino e de outras ações e serviços de saúde, coloca o SUS como um interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai à arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. A noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva. Por isso, a União e os estados têm de problematizar para si a função e o exercício de uma coordenação com capacidade descentralizadora e os municípios e as escolas terão de problematizar para si as funções de condução e de execução significativas para o Sistema e não para a produtividade educacional e assistencial, respectivamente. Enquanto os últimos são os lugares de produção da atenção aos grupos sociais territorializados, os anteriores são os apoiadores de ativação para que esta atenção seja integral e resolutiva.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política, implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Assim, propõe-se a implantação e mobilização de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) como articulação e criação de novas ações e investimentos que, contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde.

O Ministério da Saúde apóia técnica, financeira e operacionalmente a constituição e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (articulações interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão).

O Pólo deve ter condução e coordenação colegiada, quebrando-se a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. O Ministério da Saúde pretende a superação da racionalidade gerencial hegemônica na gestão da educação permanente, por isso a idéia de Pólos ou Rodas. O Colegiado de Gestão dos Pólos instituirá a novidade na condução e coordenação da educação permanente em saúde como um novo arranjo e uma nova

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

estrutura organizativa. Esta iniciativa nasce fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e propõe a co-responsabilidade entre educação, gestão, atenção e controle social em bases locorregionais.

A gestão colegiada deve explicitar o compromisso com a mudança, suprimindo a imagem da pirâmide, a noção de níveis de gerenciamento e a construção programática fragmentária, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais. Quando um município se compromete com a educação temos novidade de Estado, quando uma instituição formadora se compromete com a gestão da saúde temos uma novidade de Estado; quando estados se colocam em mediação pedagógica com municípios e instituições de ensino, temos uma novidade de Estado; quando a formação e desenvolvimento reúnem educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular, temos enorme novidade de Estado.

As instituições de ensino e os municípios, no caso da formação e desenvolvimento para o SUS, adquirem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois um é o campo de exercício da educação dos profissionais e os outros o campo de exercício profissional das ações de saúde. Quanto maior o comprometimento das instituições de ensino e dos municípios, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas, o que repercutirá em mudanças na educação e na atenção à saúde. Espera-se nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da locorregionalização.

Dentro do Colegiado de Gestão todas as instituições têm poder igual e, assim, podem exercer sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal. O Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS se caracteriza como gestão colegiada e tem natureza política e crítico-reflexiva. Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos no Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Cada parceiro institucional do Pólo deve reorientar as iniciativas de formação e desenvolvimento em saúde atualmente em curso de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e com as prioridades e orientações produzidas em sua base de inserção locorregional; ou seja, todas as iniciativas de formação e desenvolvimento devem ser repactuadas para integrar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Caberá ao Colegiado de Gestão de cada um dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS a elaboração das propostas sobre as escolhas gerais, dos rumos e estratégias locais e a problematização de seus operadores conceituais. Questões relacionadas à metodologia pedagógica, definição dos processos de seleção de alunos, problematização das prioridades de desenvolvimento institucional, tematização das relações entre formação e mudança na gestão setorial e o debate sobre a educação para o SUS e fortalecimento do controle social em saúde aparecem como as questões centrais a serem enfrentadas por este espaço colegiado.

O MS acreditará os projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, pactuados pelo Colegiado de Gestão do Pólo, CIB e aprovados no CES, assegurando as diretrizes da ação para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Nenhum município do país deixará de estar afeto a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e cada SES coordenará esse processo, cabendo a Comissão Intergestores Bipartite pactuar as “locorregionalizações”.

2. Processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Uma vez que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde supõe a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, diretrizes e princípios devem embasar a apresentação e a validação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e acreditação.

2.1. Bases do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - apresentar-se como um dispositivo de agregação e direcionalidade das diferentes instituições e responsabilizando-se por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos - dentro ou fora dos limites de um mesmo estado - áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; valem as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros);

II - estabelecer-se como articulação interinstitucional locorregional como roda de gestão da Educação Permanente em Saúde (coordenação, condução e avaliação) e não de execução direta de ações (é lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações);

III - configura-se com capacidade de reunir gestores do SUS, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e outros serviços de saúde e representação estudantil. Todos esses autores/atores constituem o Colegiado de Gestão, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como de outros atores sociais da saúde;

IV - constitui-se com capacidade de caminhar na mesma cultura que constrói o SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, estabelecendo a ruptura com a lógica de relações “de balcão” ou “de banco” com o governo federal ou estadual e com os projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais;

V - estabelecer-se como espaço de formulação de políticas e de negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pelos princípios e diretrizes do SUS, sem substituir quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

VI - comprometer-se com o registro das práticas implementadas e suas características, bem com a apresentação a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos e sua influência sobre as práticas de atenção e educação em saúde;

VII - estabelecer-se como um fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento em sua base de inserção locorregional;

VIII - constituir-se como referência para um certo território (base locorregional), ao qual se vincula para oferecer e receber propostas de formação e desenvolvimento;

IX - referenciar-se aos municípios e às diretorias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde constituintes de seu território de abrangência para organizar políticas formativas e de desenvolvimento de forma participante com o Sistema de Saúde locorregional;

X - reconhecer-se como recurso para territórios ampliados no que puder ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS ou estruturas de formação participantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

XI - estabelece-se como um Colegiado de Gestão onde participam todas as instituições que aderirem a proposta. A gestão colegiada será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas por consenso. Quando isso não for possível, a decisão deve ser encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).

2.2. Gestão Colegiada do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

A gestão colegiada introduzirá uma mudança estrutural nas linhas formais de elaboração de propostas, coordenação e execução financeira. Trata-se de uma nova estrutura organizacional onde todos aqueles que trabalham com o mesmo objeto (educação dos profissionais de saúde para o SUS) estão convidados a trabalhar juntos, sob a mesma organização de gestão integrando o Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e participando da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O Colegiado de Gestão de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS é uma plenária onde participam todas as instituições que aderirem à proposta.

Pode contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do CES, que tem como responsabilidade promover reuniões periódicas do Colegiado de Gestão, nas quais serão processadas as demandas, identificadas as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas de formação e de atenção à saúde e a produção de conhecimento e feitas avaliações periódicas das atividades executadas, bem como o acompanhamento da execução financeira, abrindo a possibilidade de recriar processos de integração entre os participantes.

Cada Colegiado de Gestão poderá criar uma Secretaria Executiva, composta minimamente por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde para implementação e agilização dos encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor.

Cada área de formação e desenvolvimento eleita como prioridade locorregional ou determinada pelas instâncias de controle social ou de pactuação intergestores deve ter um espaço de tematização que se estende às e extrapola as estruturas formais previamente existentes em cada instituição participante (secretarias de saúde, escolas ou departamentos de ensino, por exemplo). Nesse arranjo, o que interessa é o espaço de análise e deliberação com que conta um dado tema e não a sua condição de “filiação” a um departamento, uma escola ou uma secretaria. Por isso, comitês temáticos, quando forem montados, preservarão o caráter interinstitucional dos aportes de conhecimento e da condução das ações, bem como, por serem comitês de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS que lhes dá unidade, devem compartir o máximo de ações e abordagens e estipular um caráter matricial no planejamento, execução e avaliação de suas atividades com o Colegiado de Gestão.

Muitos processos poderão ser de plena autonomia dos Comitês Temáticos, mas muitos pertencem obrigatoriamente ao Colegiado de Gestão. Entre esses estão questões como a formação de formadores, incentivos institucionais à mudança, geração de densidade pedagógica locorregional para as demandas de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, análise da representatividade de todos os segmentos em cada comitê ou atividade, análise da produção de impactos prevista ou a implementar, análise da produção de interface entre projetos e associação de projetos, entre muitas outras, por exemplo.

2.3.Funções do Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - mobilizar a formulação e a integração de ações de educação na saúde entre os distintos atores locais: usuários; gestores da saúde e da educação; dirigentes da educação e de ações e serviços de saúde; docentes e estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros intersetoriais;

II - induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação dos profissionais de saúde (ensino, pesquisa, extensão, documentação e cooperação técnica);

III - Formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas (locorregionais);

IV - formular abordagens e estratégias integradas e integradoras de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos (temáticas ou áreas técnicas delimitadas) e reconhecidos como de interesse locorregional, estadual ou nacional (exemplos: tuberculose, hanseníase, aids, dengue, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, urgência e emergência...);

V - estabelecer relações cooperativas entre os vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (internamente aos estados e nacionalmente).

2.4.Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

O Ministério da Saúde acreditará os projetos de Educação Permanente em Saúde pactuados no Colegiado de Gestão de cada Pólo, na CIB e aprovados no CES de cada estado, assegurando o ajustamento à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A acreditação é proposta como recurso de acompanhamento solidário dos projetos, não se destinando à sua simples aprovação ou reprovação, mas à cooperação técnica para que correspondam às designações da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS, em conformidade com sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

Quando for o caso, o Ministério da Saúde estabelecerá cooperação técnica com o respectivo Pólo no sentido do ajustamento dos projetos às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos devem ser encaminhados pelo correio e por e-mail ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, onde serão analisados de acordo com os critérios e diretrizes estabelecidos nestas Orientações, com vistas à sua acreditação/validação e devem ser acompanhados pelos seguintes documentos: ata da pactuação no Colegiado de Gestão do Pólo com a assinatura de todos os participantes, parecer da CIB e resolução com a aprovação do CES.

Endereço:

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 725 70058-900 - Brasília /DF

Telefones: (61) 315-2858/315-3848/Fax: 315-2862

e-mails: deges@saude.gov.br /sgtes@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/sgtes

Para a acreditação, cada projeto deve:

I - apresentar sua previsão de impactos, seja nas ações e nos serviços de saúde ou na gestão do SUS, seja na educação técnica, na graduação, na pós-graduação ou na educação popular, seja, ainda, na produção e disseminação de conhecimento;

II - apresentar a definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo e da forma como estarão envolvidos: os gestores, os órgãos de controle social, as entidades estudantis, instituições de ensino e hospitais de ensino ou outros serviços de saúde;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - apresentar a amplitude das inclusões que propõe para contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas;

IV - explicitar as necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas;

V - explicitar a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS;

VI - explicitar as mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere;

VII - explicitar a proposta de ações multiprofissionais e transdisciplinares;

VIII - anexar plano de trabalho para cada ação a ser financiada, indicando a entidade responsável pela execução da ação prevista (instituição de ensino, secretaria municipal, secretaria estadual, serviço etc.), descrição sintética do objeto da ação, justificativa da proposta, número de pessoas beneficiadas pela ação, valor a ser financiado por ação e montante total, cronograma de execução (data de início e de termino de cada ação),plano de aplicação dos recursos, cronograma de desembolso, proposta de aquisição de equipamentos e material permanente e o órgão executor do orçamento de cada ação ou do conjunto das ações para fins de contratualização com o Ministério da Saúde conforme suas normas de financiamento. Devem ser preenchidos os formulários que podem ser acessados no site: http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinaciamento.asp Anexos - Formulários e Instruções de Preenchimento

IX - anexar de cada entidade responsável pela execução da ação os seguintes documentos conforme exigências da Constituição Federal, IN STN/MF Nº01/97 e Lei Nº 10524/02:

- cópia do comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

- cópia do Balanço Sintético referente ao exercício anterior;

- se entidade privada, cópia do contrato social ou outro documento comprobatório de registro da entidade;

- se entidade pública, indicação do ato de sua criação e comprovante de capacidade jurídica do representante legal da entidade;

- cópia da Ata de Posse ou Ato de Designação acompanhada do Regimento Interno ou Estatuto Social, quando for o caso;

- cópia do Documento de Identidade e do CPF do dirigente da Entidade, incluindo o cargo ou função; data da posse; RG (expedição e órgão expedidor);

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Estadual;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Municipal;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o INSS (CND);

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Secretaria da Receita Federal.

Mais informações: http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp Operacionalização

2.5. Critérios para Alocação dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os orçamentos serão baseados no custeio das atividades, segundo o teto previsto pelo Ministério da Saúde para cada locorregião (segundo critérios de alocação pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite) e encaminhados com antecedência suficiente para permitir sua avaliação, aprovação e desembolso.

O Ministério da Saúde alocará recursos definidos por critérios técnicos locorregionais. O repasse será permanente, o que permitirá às instâncias locorregionais planejar com critérios de sustentabilidade a curto, médio e longo prazos, inclusive ampliando as capacidades formadoras locais, regionais e estaduais.

A transparência na utilização dos recursos públicos será profundamente ampliada, tanto do ponto de vista do conhecimento de montantes, planos de aplicação e relatórios de gestão, quanto de maior ingerência dos gestores, do controle social local e das instituições de ensino no gasto público do SUS com a educação dos profissionais de saúde.

A alocação de recursos financeiros segue diretrizes e princípios acordados entre as três esferas de gestão do SUS, atendendo aos critérios de eqüidade possíveis para a primeira distribuição de recursos financeiros em conformidade com a política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em 04 de setembro de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003 e em 23 de outubro de 2003. Conforme pactuado, em maio de 2004 será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição dos repasses subseqüentes.
Uma vez que os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS em cada âmbito locorregional não são os lugares de execução e não se estabelecerão como personalidade institucional, devendo preservar-se como articulações interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão colegiada, foi e será necessária a pactuação dos critérios de alocação dos recursos entre os estados da federação e da sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (os municípios não são sedes individuais dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, mas composições regionalizadas de municípios, atendendo desenhos geopolíticos da “vida real” nas localidades intra-estaduais).

Para a primeira alocação de recursos, foram pactuados os seguintes critérios:

2.5.1. Alocação dos recursos entre os estados da federação

I - população nos municípios em habilitação plena do SUS (reconhecimento da descentralização da gestão e do papel constitucional dos municípios na execução das ações e serviços de saúde);

II - número de Equipes de Saúde da Família (reconhecimento do investimento na mudança de modelo assistencial pelo dimensionamento numérico de profissionais prioritários ao desenvolvimento de capacidades de resolução clínica e atuação em saúde coletiva);

III - número de Conselheiros de Saúde (reconhecimento do exercício do controle social no SUS, entendendo-se que em qualquer base o número de conselheiros corresponderá a 50% de representantes dos usuários e uma vez que não se dispôs de outro fator de informação).

IV - inverso da Capacidade Instalada de Instituições de Educação Superior e Técnica em Saúde (reconhecimento da concentração desigual de instituições de ensino e da necessidade de desenvolver densidade pedagógica nas regiões menos cobertas por essa oferta);

V - número de Unidades Básicas de Saúde (reconhecimento da prioridade de desenvolvimento da capacidade resolutiva da rede básica para a cobertura da maioria dos problemas de saúde da população, prevenção das internações hospitalares e garantia dos programas de saúde pública);

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VI - população total (reconhecimento do universo de cobertura da proposta);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cobertura de incentivos à mudança na graduação).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados

Impacto	Indicador Mensurável Provisório	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	População dos Municípios em gestão plena por Estado (C 1) (Pesos ponderados por faixas)	20	40 %
	Número de ESF (C 2)	20	
Capacidade de Controle Social, Ensino e Atenção em Saúde	Número de Conselheiros de Saúde (C 3) (Pesos ponderados por faixas)	15	45 %
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada (C 4)	15	
	Número de Unidades Básicas de Saúde - postos e centros de saúde (C 5)	15	
Tamanho da População	População Total do estado (C 6)	10	10 %
Mudança na Graduação	Número de Cursos Universitários da Área da Saúde (C 7)	5	5%
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual (CE): CE = 20(C1+C2) + 15(C3+C4+C5) + 10(C6) + 5 C7) 100		100	100 %

2.5.2. Alocação entre as locorregiões dos recursos calculados pela base dos estados

Aplica-se, para cada locorregião, a proporção relativa dos mesmos critérios de alocação utilizados nos Estados:

I - população dos municípios em habilitação plena do SUS no território desenhado;

II - número de Equipes de Saúde da Família abrangidas no território desenhado;

III - número de Conselheiros de Saúde abrangidos pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre “setores” municipais;

IV - inverso da capacidade pedagógica em saúde instalada (haverá maior necessidade de gastos com deslocamento e/ou estruturação de recursos de educação à distância);

V - número de Unidades Básicas de Saúde abrangidas no território desenhado;

VI - população total abrangida pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre “setores” municipais (o desenho geopolítico pode não acompanhar a geografia municipal, bem como a regionalização acordada nos estados pode propor a setorização do município para desenhar as regiões de abrangência dos Pólos/Rodas);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cultura de incentivos à mudança na graduação).

Para fins de cálculo da base per capita, no caso da locorregionalização incluir setores de um ou mais municípios, os gestores municipais e estaduais envolvidos pactuarão a proporção da população abrangida, pois, em hipótese alguma, a locorregionalização poderá ultrapassar o teto de 100% da população estadual identificada nacionalmente (pode-se estabelecer pactos entre os gestores municipais diretamente envolvidos; entre os gestores municipais e diretorias regionais de saúde dos estados, conforme envolvidas; nas CIB regionais ou estadual; nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - Cosems regionais ou estadual etc.). O mesmo se fará com o universo de Conselheiros de Saúde.

Quando as regiões abrangerem territórios interestaduais, as pactuações também se farão nestes âmbitos, sendo de pactuação final entre os gestores estaduais envolvidos. Como após a definição dos números para a alocação dos recursos, os mesmos serão direcionados aos executores designados em cada pólo, não haverá risco de prejuízo em qualquer base territorial. Ao contrário, esta alocação sempre privilegiará a realidade dos modos de viver das populações em um País de Todos.

2.5.3. Repasse dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os recursos serão transferidos, após a aprovação dos projetos, diretamente às instituições executoras definidas na apresentação das propostas. O procedimento a ser adotado será o da Acreditação em conformidade com as Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos.

Ao adotar a modalidade da Acreditação, nenhum projeto terá seus recursos cancelados por inadequação, mas reservados para a efetivação de pagamento até que, mediante acompanhamento, se enquadrem nas diretrizes da política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, em conformidade com as deliberações do CNS e as pactuações da CIT.

As despesas/gastos passíveis de financiamento para todas as linhas de ação da Educação Permanente em Saúde são: Consultorias, Pagamento de Hora Aula, Estágio em Serviços, Cursos, Residências, Oficinas, Conferências, Seminários, Material Didático, Equipamentos e Publicações.

2.6. Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

2.6.1. Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de formação dos trabalhadores da rede de serviços e das instituições de ensino, tendo em vista o desenvolvimento da capacidade pedagógica para a Educação Permanente em Saúde, o desenvolvimento de condições para a educação à distância e de outras estratégias inovadoras no campo das ações pedagógicas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde;

2. Dinamização de recursos para a utilização da Educação à Distância como tecnologia pedagógica para a educação permanente;

3. Organização de alternativas criativas para o desenvolvimento da educação permanente para o SUS.

III - Atividades:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

- Cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para a Educação Permanente em Saúde;

- Estruturação de recursos e programas de educação à distância;

- Realização de seminários e reuniões técnicas e montagem de instâncias coletivas para a elaboração de novas abordagens para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde no SUS.

2.6.2.Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de educação permanente para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando o planejamento e o exercício da clínica, da promoção da saúde e da saúde coletiva. Implementação de atividades de acompanhamento em serviço, de especialização para profissionais de formação técnica ou universitária, seguindo-se diretrizes para atuação integral na área de atenção básica, em especial a Saúde da Família, e utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que tomem o trabalho como eixo estruturante das atividades. Compreende também cursos de qualificação profissional para Agentes Comunitários de Saúde, de extensão para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e de educação profissional para a área de saúde bucal e outras. As atividades podem ser presenciais ou à distância; mas nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais para o acompanhamento do trabalho enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Especialização em Saúde da Família para equipes regulares e para equipes especialmente conformadas para atenção às áreas remotas, de difícil acesso ou difícil provimento e fixação de profissionais;

2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família;

3. Residências Integradas em Saúde;

4. Pós-Graduação;

5. Qualificação e formação para os Agentes Comunitários de Saúde e Atendentes de Consultório Dentário;

6. Formação e desenvolvimento de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

7. Formação de outros técnicos necessários à resolutividade da atenção integral à saúde;

8. Atualização e desenvolvimento em Áreas Temáticas Prioritárias (incluindo aspectos da clínica e da saúde coletiva);

9. Organização de estratégias que favoreçam o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência (compor a cadeia do cuidado progressivo à saúde como malha ininterrupta de cuidados);

10. Desenvolvimento de estratégias de acolhimento e responsabilização;

11.Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção entre outras a atenção domiciliar e internação domiciliar;

12.Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III - Atividades:

- Abertura e/ou expansão de Cursos de Especialização em Saúde da Família e outros;

- Expansão ou Implantação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residências Integradas em Saúde;

- Implantação de Programa de Habilitação Técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

- Desenvolvimento de Cursos de formação e/ou aperfeiçoamento e especialização para Atendentes de Consultório Dentário (ACD)/Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

- Formação de outros técnicos em saúde;

- Cursos em temas prioritários como a atenção integral em todas as fases da vida e do desenvolvimento conforme as necessidades estabelecidas a partir do perfil demográfico e epidemiológico locorregional e de formação dos trabalhadores: agravos relevantes como hanseníase, tuberculose, dengue, malária, aids, diabetes, hipertensão arterial, neoplasias; a atenção em urgência e emergência, atenção domiciliar e internação domiciliar; saúde bucal; saúde da mulher; saúde mental; saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde do trabalhador; saúde ambiental; assistência farmacêutica e outros;

- Desenvolvimento de estratégias humanizadas e regulares para referência e contra-referência, organizando a rede como uma malha ininterrupta de cuidados profissionais.

2.6.3. Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de capacitação, formação e educação permanente para os trabalhadores que atuam na gestão do sistema e de unidades de saúde. Compreende, também, cursos de qualificação e formação para agentes sociais, parceiros intersetoriais e conselheiros de saúde. As atividades podem ser presenciais ou à distância e nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais, para acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento para gestores de unidades locais (distritos, hospitais, unidades de atenção básica e outras);

2. Formação e desenvolvimento gerencial para Gestores e Equipes Gestoras;

3. Formação e desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção à saúde;

5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde;

6. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos conselheiros de saúde e agentes sociais para a gestão social das políticas públicas de saúde;

7. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos parceiros intersetoriais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

III - Atividades:

- Cursos de desenvolvimento gerencial, incluindo organização de serviços e processo de trabalho, voltados para gerentes dos diferentes âmbitos de gestão da rede local;

- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços e de controle social;

- Especialização em gestão de sistemas, ações e serviços de saúde;

- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores de saúde na área de controle social.

2.6.4. Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde

I - Enfoques:

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento docente em educação de profissionais de saúde;

2. Desenvolvimento de profissionais dos serviços de saúde para acompanhamento docente;

3. Articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino-aprendizagem;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção;

5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III - Atividades:

- Cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços;

- Estágios supervisionados nos serviços de saúde (longitudinais e ao longo de todo o curso);

- Processos cooperativos para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao SUS;

- Especialização em educação de profissionais de saúde;

- Implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes;

- Desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar;

- Participação na Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil).

- Será feita uma publicação do MS, com esta Portaria e os documentos aqui citados para ampla divulgação.
- Os documentos estarão à disposição também no site www.saude.gov.br/sgtes .
- Se forem feitas mudanças pela CIT ou CNS, essas serão amplamente divulgadas.

ANEXO 2 DO ANEXO XL

INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Anexo 1)

INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Dados Pessoais: 1.Nome completo 2.Data de nascimento 3.Sexo 4.Local de nascimento 5.Unidade Federativa e Município de residência 6.CPF 7.Se estrangeiro, número da cédula de identidade de estrangeiro; 8.Definição da nacionalidade do médico (Exemplo: B = brasileiro, E = estrangeiro, N = naturalizado); 9.Se médico estrangeiro, tipo de visto apresentado (Exemplo: P = permanente, V = provisório).
Dados da Inscrição: 1.Número de inscrição no CRM e unidade de inscrição; 2.Tipo de inscrição realizada pelo médico (Exemplos: P = primária, S = secundária, V = provisória, T = temporária, E = Estudando Méd. Estrangeiro); 3.Data da realização da(s) inscrição(ões) do médico; 4.Situação do médico no estado (Exemplos: A = ativo, T = transferido, C = cassado, S = suspenso, P = aposentado, F = falecido, L = cancelado, D = dívida ativa, O = suspenso por ordem judicial, X = afastado, I = interditado cautelarmente, N = interditado parcialmente); 5.Unidade da Federação da(s) inscrição(ões) do médico; 6.Em caso de cancelamento: Data e motivo de cancelamento da situação que estiver atual (Exemplos: C = cassado, P = aposentado, F = falecido, L = cancelado, X = Afastado, I = interditado cautelarmente).
Dados de Formação: 1.Data da formatura do médico; 2.Identificador da escola de graduação; 3.Município da escola de graduação; 4.Unidade da Federação da escola de graduação.
Título de Especialista - AMB: 1.Especialidade ou área de atuação do título obtido 2.Data de obtenção do título
Certificados de Residência Médica registrados na Comissão Nacional de Residência Médica: 1.Número de registro na CNRM 2.Programa 3.Especialidade ou área de atuação do título obtido 4.Período (data de início e conclusão do PRM)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

5.Data de obtenção do título 6.Unidade de Residência Médica (Nome da instituição, Município, UF)	
Revalidação: 1 .Data da formatura do médico; 2.Identificador da escola que revalidou o diploma do médico formado do exterior; 3.Unidade da Federação da escola que revalidou o diploma do médico formado no exterior; 4.País de formação do médico.	

AMB - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS	1.Nome; 2.Sexo; 3.Data de nascimento; 4.Naturalidade; 5.CPF 6.Especialidade ou área de atuação do título obtido 7.Data de obtenção do título

NRM - Comissão Nacional de Residência Médica	1.Número de registro na CNRM 2.Programa 3.Especialidade ou área de atuação do título obtido 4.Período (data de início e conclusão do PRM) 5.Data de obtenção do título 6.Unidade de Residência Médica (Nome da instituição, Município, UF)

ANEXO XLI

Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (Origem: PRT MS/GM 2690/2009)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º)

§ 1º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde será implantada de forma gradativa e articulada nas três esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implementada à luz dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Para fins desta Política, define-se gestão de tecnologias em saúde como o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 2º)

Art. 3º É objetivo geral da Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade, visando: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º)

I - orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, I)

II - nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, II)

III - promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, III)

IV - sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, IV)

V - fortalecer o uso de critérios e processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, V)

Art. 4º As ações estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde serão orientadas pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º)

I - a gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, I)

II - a produção e a difusão de informações relativas à avaliação de tecnologias deverão levar em conta o tipo da análise, o público-alvo, a linguagem adequada, o tempo disponível e a transparência, além de explicitar os eventuais conflitos de interesse; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, II)

III - os processos de avaliação promovidos e as decisões de incorporação tomadas pelos gestores de saúde devem ocorrer de modo crítico, permanente e independente; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, III)

IV - o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade do acesso, a equidade, e a sustentabilidade das tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, IV)

V - o conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deverá ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, V)

VI - a ética em pesquisa envolvendo seres humanos será considerada para comprovação de boas práticas no processo de avaliação de tecnologias. Os aspectos bioéticos envolvidos na garantia da equidade e da aplicação de recursos públicos serão analisados para incorporação tecnológica no sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, VI)

VII - os processos de incorporação de tecnologias no sistema de saúde deverão incluir atores representativos da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, VII)

Art. 5º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde obedecerá as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º)

I - utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão por meio da avaliação de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, II)

III - racionalização da utilização de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, III)

IV - apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, IV)

V - sistematização e disseminação de informações; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, V)

VI - fortalecimento das estruturas governamentais; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, VI)

VII - articulação político-institucional e interssetorial. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, VII)

Parágrafo Único. Na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) as diretrizes desta Política terão caráter recomendatório e as ações articuladas serão subsidiadas por um Grupo de Trabalho Permanente de Avaliação de Tecnologias em Saúde, coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implantada pelos órgãos e instituições sob gestão federal, respeitadas as competências institucionais. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 6º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde, à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a Secretaria em Vigilância à Saúde e demais órgãos do Ministério da Saúde adotarão, de forma articulada, todas as providências necessárias à plena implementação desta Política. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º Na implantação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), coordenar, em âmbito nacional, as ações de avaliação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 7º)

Parágrafo Único. Para a geração e a síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologias em Saúde, o Departamento de Ciência e Tecnologia conta com o apoio da rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa no País, denominada Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão complementar o objeto deste Anexo para atender às necessidades e peculiaridades locais e regionais. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º)

§ 1º Caberá aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal o monitoramento e a avaliação das ações advindas das diretrizes dessa Política, no seu âmbito de atuação e gestão. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º, § 1º)

§ 2º As medidas para estruturação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, no âmbito dos Estados e Municípios, serão subsidiadas pelo Grupo de Trabalho de Ciência e Tecnologia da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º, § 2º)

Art. 9º Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) a adoção das medidas necessárias à estruturação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 9º)

~~**ANEXO XLII**~~
~~Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (Origem: PRT MS/GM 589/2015)~~

~~**CAPÍTULO I**~~
~~DAS DISPOSIÇÕES GERAIS~~
~~(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO I)~~

~~**Art. 1º** Fica instituída a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 1º)~~

~~**Art. 2º** A PNIIS tem como finalidade definir os princípios e as diretrizes a serem observados pelas entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e pelas entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, para a melhoria da governança no uso da informação e informática e dos recursos de informática, visando à promoção do uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação nos processos de trabalho em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 2º)~~

~~**CAPÍTULO II**~~
~~DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES~~
~~(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO II)~~

~~**Art. 3º** A PNIIS é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º)~~

~~**I -** princípios gerais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, I)~~

~~**II -** diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, II)~~

~~**III -** diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, III)~~

~~**IV -** diretrizes relacionadas à Gestão da Política Nacional de Informação e Informática em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, IV)~~

~~**V -** diretrizes relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, V)~~

~~**Seção I**~~
~~Dos Princípios Gerais da PNIIS~~
~~(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção I)~~

~~**Art. 4º** Constituem princípios gerais da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º)~~

~~**I -** informação em saúde direcionada à ação de atenção à saúde de cada indivíduo e da coletividade; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, I)~~

~~**II -** produção da informação em saúde abarcando a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, II)~~

~~**III -** gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, III)~~

~~**IV -** democratização da informação em saúde como um dever das entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, IV)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

V - informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, V)

VI - acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VI)

VII - descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacional e internacional e às especificidades regionais e locais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VII)

VIII - preservação da autenticidade e da integridade da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VIII)

IX - confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, IX)

Seção II

Das Diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov)
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção II)

Art. 5º São diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov) no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º)

I - implementação da PNIIS conforme as diretrizes da Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, I)

II - promoção da articulação intersetorial visando melhorar a capacidade de produção de "software" como bem público, no interesse da área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, II)

III - promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações com vistas à implantação da infraestrutura necessária à área de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, III)

IV - fomento ao desenvolvimento de metodologias e ferramentas científicas e tecnológicas para a gestão, qualificação e uso da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, IV)

V - qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando as atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, V)

Seção III

Das Diretrizes Relacionadas à Estratégia de e-Saúde
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção III)

Art. 6º São diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º)

I - fortalecimento da área de informação e informática em saúde, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração à atenção à saúde nas três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, I)

II - estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional de "software" em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, II)

III - promoção de estratégias e mecanismos para a redução do número de sistemas de informação em saúde existentes ou sua simplificação e para a qualificação da produção da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, III)

IV - promoção da disseminação e publicização de dados e informação em saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, IV)

V - criação de mecanismos de articulação institucional com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, V)

VI - estabelecimento de um padrão para e-Saúde que permita a construção do Registro Eletrônico de Saúde (RES) do cidadão por meio da identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, padrões e protocolos de interoperabilidade eletrônica e/ou digital entre os equipamentos e sistemas; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VI)

VII - estabelecimento de infraestrutura de telecomunicação adequada para a implantação do RES do cidadão; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VII)

VIII - estímulo ao uso de telecomunicação na atenção à saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, visando ampliar o potencial de resolubilidade junto aos processos ligados à atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VIII)

IX - estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, IX)

X - divulgação das diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à saúde, utilizando-se diferentes veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, X)

XI - instituição e implementação da estratégia nacional de e-Saúde, com a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), para orientar o conjunto de esforços e investimentos em informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, XI)

Seção IV

Das Diretrizes Relacionadas à Gestão da PNIIS
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção IV)

Art. 7º São diretrizes relacionadas à Gestão da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º)

I - incentivo à qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando-os atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, I)

II - implementação de soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, II)

III - fomento ao desenvolvimento de profissionais na área de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

IV - incentivo por meio de certificação digital e/ou sistemas biométricos à implementação de mecanismos de segurança de acesso aos sistemas, dados e informações de saúde que garantam a sua autenticidade e integridade dos dados e informações de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, IV)

V - dotação da área de saúde de instrumentos legais, normativos e organizacionais, relacionados à questão da segurança e da confidencialidade da informação; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, V)

VI - definição de linhas de financiamento, investimento e custeio para o desenvolvimento de projetos de tecnologia da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VI)

VII - implementação de ações e mecanismos de regulação para o complexo produtivo de tecnologia da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VII)

VIII - adoção de ações referentes à implementação da PNIIS no processo de planejamento regional integrado, a fim de fortalecer a articulação interfederativa no âmbito da saúde em território nacional; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VIII)

IX - garantia de desenvolvimento e implantação de sistemas de informação em saúde de base nacional ou estadual mediante prévia pactuação nas respectivas comissões intergestores; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, IX)

X - estabelecimento de política de controle de acesso autorizado aos bancos de dados dos sistemas de informação em saúde pelo cidadão e pelos gestores de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, X)

XI - promoção do uso de soluções de tecnologia de informação e comunicação (TICs) que possibilitem aos Conselhos de Saúde a sistematização de informações e a agilidade no acompanhamento das ações em saúde e da participação da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, XI)

Seção V

Das Diretrizes Relacionadas à Formação Permanente de Pessoal para o SUS na Área de Informação e Informática em Saúde

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção V)

Art. 8º São diretrizes relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º)

I - promoção da formação, da qualificação e da educação permanente dos trabalhadores e dos gestores de saúde para uso da informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, I)

II - promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e da Educação com vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de informação e informática em saúde nos cursos de graduação e pós-graduação; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, II)

III - incentivo ao desenvolvimento de programas específicos para a formação em educação permanente na área de saúde, a fim de ampliar e qualificar a produção e utilização da informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, III)

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO III)

Art. 9º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º)

I - incluir no Plano Nacional de Saúde ações e metas para a implementação da PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, I)

II - apoiar a implementação da PNIIS nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, II)

III - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, III)

IV - prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, IV)

V - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, V)

VI - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação da PNIIS de forma articulada com os Estados e os Municípios; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VI)

VII - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades, para atender às demandas informacionais, garantida a interoperabilidade entre os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VII)

VIII - promover e coordenar ações para o desenvolvimento de alta competência e excelência profissional em áreas da informação e tecnologia da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VIII)

IX - apoiar processos para adoção de certificação digital, emitida pela Infraestrutura de Chaves Públicas (ICP-Brasil). (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, IX)

Art. 10. Às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal competem: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10)

I - promover a implementação das ações de informação e informática no âmbito estadual e distrital, em consonância com a PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, I)

II - incluir ações e metas nos planos estaduais e distrital de saúde, em consonância com a PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, II)

III - apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, III)

IV - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde com foco nas especificidades de informação e informática, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, IV)

V - prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, V)

VI - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

~~**VII -** implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VII)~~

~~**VIII -** estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática da PNIIS de forma articulada com o Ministério da Saúde e com os Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VIII)~~

~~**IX -** coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde no SUS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, IX)~~

~~**Art. 11.** Às Secretarias Municipais de Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11)~~

~~**I -** implementar as ações de informação e informática em saúde em consonância com a PNIIS, conforme previsto no sistema de planejamento do SUS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, I)~~

~~**II -** apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, II)~~

~~**III -** articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, III)~~

~~**IV -** implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, IV)~~

~~**V -** desenvolver ações de educação permanente, com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, V)~~

~~**VI -** estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática desta Política no âmbito local; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, VI)~~

~~**VII -** coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde no SUS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, VII)~~

~~**CAPÍTULO IV**~~
~~DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO~~
~~(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO IV)~~

~~**Art. 12.** As ações e as metas para o monitoramento e a avaliação da PNIIS devem estar presentes nos seguintes instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12)~~

~~**I -** Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, I)~~

~~**II -** Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, II)~~

~~**III -** Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, III)~~

~~**CAPÍTULO V**~~
~~DAS DISPOSIÇÕES FINAIS~~
~~(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO VI)~~

~~**Art. 13.** Fica instituído Comitê Gestor, de composição tripartite, cujas competências serão definidas em ato específico do Ministro de Estado da Saúde, para o acompanhamento da implementação da PNIIS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 14)~~

~~**Art. 14.** O Comitê garantirá, no seu cronograma anual de trabalho, encontros sistemáticos com representantes de outros órgãos e entidades públicas e privadas que têm interface com as ações a serem executadas, bem como poderá convidá-los a participar de suas reuniões, sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 15)~~

~~**Art. 15.** A implementação da PNIIS deve observar a realidade local, respeitando conceitos e incentivando experiências bem-sucedidas para estabelecer uma extensa rede de cooperação, com o fim de inserir os princípios e as diretrizes da Política no cotidiano das ações institucionais na área de saúde em território nacional. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 16)~~

~~**Art. 16.** Compete, conjuntamente, à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e à Secretaria-Executiva (SE/MS), articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação da PNIIS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 17)~~

~~**Art. 17.** O texto integral da PNIIS estará disponível no Portal do Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço eletrônico http://portalsaude.saude.gov.br/. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 18)~~

ANEXO XLII
Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), com a finalidade de definir os princípios e diretrizes norteadores para os setores público e privado efetivarem a integração dos sistemas de informação em saúde, promovendo a inovação, apoiando a transformação digital dos processos de trabalho em saúde e aprimorando a governança no uso da informação, das soluções de tecnologia da informação e da saúde digital, bem como a transparência, a segurança e o acesso às informações em saúde pela população e melhoria da saúde do cidadão. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Parágrafo único. A PNIIS destina-se a orientar as ações: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - das unidades do Ministério da Saúde e entidades vinculadas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - dos gestores de saúde das três esferas de governo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - das entidades públicas e privadas de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - dos prestadores de serviços de saúde e tecnologia, públicos e privados; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - dos profissionais da área de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - dos usuários dos serviços de saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

VII - das instâncias de controle social. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 2º São princípios da PNIIS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - promoção da universalidade, integralidade e equidade na atenção e proteção à saúde, direcionada à continuidade do cuidado individual e coletivo por meio dos processos de coleta, gestão, produção e disseminação dos dados e informação em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - fomento à gestão e à produção dos dados e informação em saúde, como elementos capazes de gerar conhecimento, na totalidade das ações de atenção, gestão, auditoria, pesquisa, controle e participação social, de modo a fundamentar ações de vigilância em saúde e formulação de políticas públicas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - democratização dos dados e informação em saúde como dever das entidades no âmbito do SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - promoção do acesso aberto aos dados e à informação em saúde como direito do cidadão; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - descentralização dos processos de produção e disseminação dos dados e da informação em saúde, para atender às necessidades de compartilhamento de dados e às especificidades regionais e locais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - preservação da autenticidade, da integridade, rastreabilidade e da qualidade da informação em saúde, observado o disposto na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - confidencialidade, privacidade, proteção de dados e segurança da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - autonomia do usuário na decisão sobre o compartilhamento dos seus dados de saúde com profissionais da área de saúde que atuem na sua assistência, com órgãos de pesquisa ou com órgãos ou entidades de saúde públicas e privadas, respeitadas as obrigações legais de compartilhamento para vigilância em saúde e gestão da saúde pública; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IX - otimização dos processos de trabalho em saúde, com base na produção e uso das informações em saúde como elemento estruturante para universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde, a partir da captura única de informações mediante a utilização de padrões abertos e interoperáveis; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

X - desenvolvimento de iniciativas que tenham como foco primário o cidadão e seu bem estar físico e mental; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XI - reconhecimento da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), prevista no art. 254A da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, como a plataforma nacional de integração de dados em saúde no país; e XII - respeito aos princípios relacionados na legislação vigente, com a padronização de normas e práticas, para promover a proteção, de forma igualitária, dentro do país e no mundo, aos dados pessoais de todo cidadão que esteja no Brasil. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Parágrafo único. A implementação da PNIIS, além dos princípios previstos no art. 2º, deverá observar as diretrizes específicas previstas no Capítulo II. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES ESPECÍFICAS DA PNIIS
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 3º A implementação da PNIIS deve ocorrer em observância às diretrizes específicas de que trata este Capítulo, organizadas nas seguintes prioridades: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - governança e gestão no âmbito da PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - informatização das instituições de saúde públicas e privadas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - suporte à melhoria da atenção à saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - engajamento do usuário como protagonista da sua saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - formação e capacitação de recursos humanos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - ambiente de conectividade em saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - ecossistema de inovação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO I
Governança e Gestão no Âmbito da PNIIS
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 4º São diretrizes gerais de governança e gestão da PNIIS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - coordenação nacional das ações de saúde digital pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal em seus respectivos territórios, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde e da Estratégia de Governo Digital do Brasil; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - acompanhamento periódico das ações de saúde digital pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e conselhos de saúde estaduais, municipais e distrital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - articulação das três esferas de gestão com os Conselhos de Saúde, por meio do uso de tecnologias da informação e comunicação; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - fortalecimento da participação da sociedade na tomada de decisão da PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - promoção da transparência das ações relacionadas à PNIIS, de modo a fortalecer o acompanhamento das diretrizes e estratégias da PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - Aprimoramento dos mecanismos de governança norteados pelas melhores práticas de gestão de risco, com ampla transparência e com a participação da sociedade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - fortalecimento da área de saúde digital nas três esferas de gestão, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração da atenção, proteção, promoção, prevenção e recuperação à saúde e participação da

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

sociedade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - estabelecimento de mecanismos de controle de acesso autorizado a dados pessoais e dados pessoais sensíveis, pelo usuário, pelos profissionais de saúde, gestores da atenção e vigilância em saúde, órgãos de pesquisa e agentes públicos legalmente autorizados, em conformidade com a Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IX - fomento à criação de linhas de financiamento, investimento e custeio para o desenvolvimento de projetos de tecnologia da informação e comunicação em saúde pelos gestores de saúde das três esferas de governo e de acordo com as deliberações dos conselhos de saúde, nos termos da Lei 141 de 13 de janeiro de 2012; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

X - fortalecimento da gestão da informação como atividade fundamental para a efetiva consolidação das políticas de atenção e vigilância em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XI - fortalecimento de mecanismos de articulação institucional por gestores de saúde, públicos e privados, com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XII - fortalecimento e criação de mecanismos de articulação institucional por gestores de saúde, públicos e privados, com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde à RNDS e adoção de ações referentes à implementação da PNIIS no processo de planejamento regional integrado; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XIII - pactuação prévia, nas respectivas comissões intergestores, para o desenvolvimento e implantação de sistemas de informação em saúde de base nacional ou estadual, com tecnologias compatíveis e integradas; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XIV - fortalecimento de modelos de monitoramento, auditoria e avaliação para os avanços e necessidades de infraestrutura de TIC e de soluções de saúde digital. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

§ 1º O Comitê Gestor de Saúde Digital (CGSD) é a instância de decisão colegiada, com funções normativas, diretivas, de monitoramento e avaliação das atividades relativas aos sistemas de informação em saúde, da PNIIS, da Estratégia de Saúde Digital e da Estratégia de Governo Digital no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

§ 2º A instituição e a implementação da saúde digital devem observar os seguintes instrumentos norteadores do planejamento, no âmbito da administração pública federal: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

a) Plano de Saúde e Relatório de Gestão, nos termos da Lei 141 de 13 de janeiro de 2012; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

b) Estratégia de Saúde Digital para o Brasil; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

c) Plano de Transformação Digital (PTD), nos termos do Decreto nº 10.332, de 28 de abril de 2020; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

d) Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC); e) Plano de Dados Abertos (PDA), nos termos do disposto no Decreto nº 8.777, de 11 de maio de 2016; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

e) Plano Nacional de Internet das Coisas, nos termos do Decreto nº 9.854, de 25 de junho de 2019. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO II
Informatização das instituições de saúde públicas e privadas
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 5º São diretrizes da PNIIS quanto à informatização das instituições públicas e privadas:

I - indução à informatização com padrão mínimo para infraestrutura e segurança de TIC a ser alcançado, de forma a acelerar a adoção de sistemas de prontuários eletrônicos, de apoio à decisão e de gestão como parte integradora dos serviços e processos de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - estímulo ao uso de sistemas de prontuário eletrônico com segurança e funcionalidades compatíveis com os processos de trabalho em saúde e adequadas para atender à realidade das diferentes esferas de gestão e níveis de complexidade da saúde, bem como dos estabelecimentos de saúde considerando as necessidades dos setores público e privado, para atendimento aos padrões de intercâmbio de dados com a RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - promoção da articulação com o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações, com o Ministério das Comunicações, e com agências reguladoras federais, com vistas à implantação da infraestrutura e procedimentos necessários à área de saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - fornecimento de TIC adequada para o recebimento do histórico clínico pela RNDS ao longo de todo ciclo de vida do usuário, para continuidade de cuidado, por meio de prontuário eletrônico das instituições públicas e privadas, em conformidade com as diretrizes legais sobre gestão documental, dispostas na Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, e no Decreto nº 4073 de 3 de janeiro de 2002; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - fortalecimento de mecanismos de segurança de acesso aos sistemas, dados e informações de saúde, que garantam sua disponibilidade, autenticidade e integridade, com incentivo ao uso de assinatura eletrônica e sistemas biométricos; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - estímulo à padronização dos modelos de informação mínimos nacionais, bem como dos vocabulários e terminologias em saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO III
Suporte à Melhoria da Atenção à Saúde
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 6º São diretrizes da PNIIS quanto ao suporte à melhoria da atenção à saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - implementação de soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde, a qualidade do contato assistencial e a transformação digital dos estabelecimentos de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - apoio à execução das melhores práticas clínicas e de auditoria, de forma a conectar serviços e aplicativos oferecidos pelo Ministério da Saúde, bem como aqueles desenvolvidos por terceiros, por meio de sua plataforma de colaboração; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - padronização de protocolos de especialidades, de forma integrada e digital em estabelecimentos de saúde, permitindo a gestão adequada das demandas de atenção à saúde e dos mecanismos de regulação; (Redação dada pela

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - estímulo a soluções de saúde digital de alto impacto para intervenções comunitárias, de forma a ampliar a cobertura de promoção da saúde para grupos vulneráveis e outros grupos priorizados; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - realização de análise de custo-benefício para a adoção de monitoramento remoto das condições de saúde de pacientes crônicos por meio de dispositivos vestíveis inteligentes. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO IV
Engajamento do Usuário como Protagonista da sua Saúde
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 7º São diretrizes da PNIIS quanto ao engajamento do usuário como protagonista da sua saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - promoção de hábitos saudáveis e gerenciamento da própria saúde, da família e da comunidade, de forma a auxiliar também na construção das soluções digitais para que atendam às suas necessidades e permitam minimizar desigualdades e iniquidades sociais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - promoção, por gestores de saúde públicos e privados, da alfabetização digital em saúde (educação em saúde digital), de forma atuar sobre os determinantes sociais da saúde, a possibilitar que o usuário utilize as soluções digitais e usufrua de seus benefícios no cuidado de sua saúde e de seus familiares; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - promoção do uso de soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem aos Conselhos de Saúde a análise e avaliação dos benefícios da saúde digital, a sistematização de informações, o acompanhamento das ações em saúde e a participação da comunidade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - monitoramento, avaliação e auditoria permanentes do nível de satisfação da população sobre sua experiência com os serviços de saúde digital, a partir da criação de interfaces funcionais, com design intuitivo e que sigam os princípios da experiência do usuário, considerando a diversidade de públicos-alvo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - incentivo a projetos de criação de soluções digitais e espaços de aprendizagem no contexto de atenção à saúde, que visem a diminuir os desafios socioculturais e ampliar as possibilidades de educação em saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - estímulo a parcerias com os cursos de graduação e pós-graduação da área saúde visando a educação permanente de jovens e adultos sobre a saúde digital e as tecnologias de acesso ao monitoramento em saúde individual e coletiva; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - promoção da cultura de proteção de dados e segurança da informação entre profissionais, gestores e usuários do sistema de saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO V
Formação e Capacitação de Recursos Humanos
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 8º São diretrizes da PNIIS quanto à formação e capacitação de recursos humanos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - incentivo à qualificação dos processos de trabalho em saúde, incluindo as novas soluções digitais, considerando-os atividades de gestão e auditoria do sistema de saúde e de gestão do cuidado; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - promoção da formação, qualificação, avaliação e da educação permanente dos trabalhadores e dos gestores de saúde nas áreas de informação e informática em saúde, com foco na pessoa e suas diversidades, em especial, no que tange à coleta e análise do quesito raça, cor e ao respeito ao nome social e identidade de gênero; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - promoção da articulação com os Ministérios da Ciência Tecnologia, Inovações e Comunicações e da Educação, com vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de saúde digital nos cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - incentivo ao desenvolvimento de programas específicos para a formação em educação permanente na área de saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - estímulo ao reconhecimento da Saúde Digital como área de conhecimento, incentivando e fortalecendo a formação de docentes e pesquisadores capacitados ao exercício do magistério, pesquisa e inovação nessa área, além de profissionais especializados, com relevância para a criação de programas de pós-graduação stricto sensu, com especial relevância aos de natureza profissionalizante e com uso de ensino híbrido, com ampla colaboração das universidades públicas e privadas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - incentivo à inserção da saúde digital nos processos formativos desenvolvidos pela rede de escolas de governo vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e municipais privilegiando a associação com universidades públicas e privadas, e de redes colaborativas de educação; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - incentivo à inclusão de carga horária de estágio básico nos cursos de graduação e pósgraduação das atividades de educação permanente desenvolvidas no âmbito público e privado sobre a saúde digital e as tecnologias de acesso ao monitoramento em saúde individual e coletiva; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - incentivo à criação de processos de diálogo para produção, sistematização e incorporação de sugestões e críticas dos profissionais de saúde no processo de desenvolvimento das aplicações e serviços em saúde digital, bem como para oferta de informações adicionais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO VI
Ambiente de Conectividade em Saúde
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 9º São diretrizes da PNIIS quanto ao ambiente de conectividade em saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - promoção do trabalho colaborativo e inovador potencializado pela RNDS em todos os setores da saúde para que tecnologias, conceitos, padrões, modelos de serviços, políticas e regulações sejam postos em prática; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - estabelecimento de padrões e protocolos de interoperabilidade entre diferentes sistemas e dispositivos de saúde com a RNDS, preferencialmente abertos, para a troca de informações que permita a identificação unívoca dos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

indivíduos e a evolução do seu registro eletrônico de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - uso de big data em saúde, para fornecer evidências para políticas, pesquisa e planejamento para que as descobertas na saúde digital se traduzam em ações; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - promoção da disseminação de dados e informações em saúde e do uso de inteligência artificial de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de formação, ensino e pesquisa, entre outras; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - divulgação das diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à saúde, utilizando diferentes veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - disponibilização de dados armazenados na RNDS de forma anonimizada para análises e pesquisas, observada e resguardada a confidencialidade das informações pessoais de saúde, por meio dos direitos à proteção de dados e privacidade, em consonância com o Plano de Dados Abertos do Ministério da Saúde, com a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e com a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO VII
Ecossistema de Inovação
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 10. São diretrizes da PNIIS quanto à existência de um ecossistema de inovação: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - estímulo ao uso máximo da RNDS como ambiente de conectividade em saúde, como laboratório de inovação aberta, de modo a criar ambiente seguro para teste e escalonamento de novas soluções, com aproveitamento das tecnologias criadas por startups e instituições privadas de saúde, cujo domínio torne-se público; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - estímulo ao estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional de software em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - promoção da articulação intersetorial com objetivo de qualificar a capacidade de produção de software, no interesse da área da saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - estímulo ao desenvolvimento de metodologias e ferramentas científicas e tecnológicas para a gestão, qualificação e uso da informação em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - aprimoramento do processo regulatório de saúde para apoiar a inovação, por meio da implementação de ações e mecanismos de regulação para o complexo produtivo da saúde digital, de forma a garantir a segurança e a adequação dos dispositivos em um processo ágil; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - estímulo ao desenvolvimento de aplicações que utilizem tecnologias que possibilitem a detecção rotineira de condições crônicas de saúde na prática clínica e que monitorem a qualidade e a efetividade e eficácia do cuidado de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - padronização da metodologia para analisar tecnologias em saúde, a fim de acelerar a adoção em estabelecimentos de saúde, órgãos governamentais e instituições privadas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IX - estímulo a parcerias entre o setor público e o privado, universidades, sociedades científicas, agências reguladoras e outros ministérios, para promover modelos de financiamento sustentáveis, alavancar o desenvolvimento e o uso de tecnologias e inovação em soluções de saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

X - estímulo a trocas de experiências internacionais e cooperação para desenvolvimento de estratégias e de soluções para a saúde digital entre os países; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XI - a orientação para que a produção de software e demais soluções digitais em saúde busque: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

a) desenvolver tecnologia em consonância com a PNIIS, a ESD e a RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

b) incluir nos produtos a conexão com as interfaces disponibilizadas pelos gestores do sistema sem onerar o prestador de serviços de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

c) capacitar seus colaboradores nas tecnologias e padrões definidos pelos gestores do SUS; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

d) adotar tecnologias e padrões determinados pelos gestores do SUS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CAPÍTULO III
DAS RESPONSABILIDADES DOS CONSELHOS DE SAÚDE, DAS ESFERAS DE GESTÃO DO SUS, DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS USUÁRIOS

Art. 11. São responsabilidades dos Conselhos de Saúde, nas suas respectivas esferas de gestão, a promoção do conhecimento, o acompanhamento e avaliação da execução da PNIIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 12. São responsabilidades do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no âmbito de suas competências, em articulação com o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - orientar a atuação dos conselhos de saúde no acompanhamento da execução da política, para que os instrumentos de gestão prevejam objetivos, metas, indicadores e financiamento da PNIIS, segundo deliberação da Conferência Nacional de Saúde, com base: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

a) nos instrumentos de planejamento SUS da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

b) nos instrumentos utilizados na Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD), em consonância com as diretrizes em vigor; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

II - identificar as necessidades relacionadas à produção e a disseminação das informações em saúde e seu uso por parte do controle social, para garantir, de acordo com a legislação vigente: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

a) as melhores práticas de governança e transparência na implementação da PNIIS; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

b) a ampla participação da sociedade civil, instituições de ensino, pesquisa e inovação no intuito de fortalecer as estratégias nacionais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 13. São responsabilidades do Comitê Gestor de Saúde Digital (CGSD) quanto à PNIIS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - apresentar os resultados alcançados na implementação da PNIIS para as Comissões e a Plenária do CNS, em periodicidade articulada entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - garantir, no seu cronograma anual de trabalho, encontros periódicos com representantes de outros órgãos e entidades públicas e privadas que possuem interface com as ações a serem executadas; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - definir o planejamento de adesão gradual das instituições públicas e privadas à RNDS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 14. São responsabilidades comuns a todas as esferas de gestão do SUS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - implementar, de forma efetiva, as diretrizes e estratégias estabelecidas na PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - incluir nos respectivos Planos de Saúde e Programação Anual de Saúde as ações e metas para a implementação da PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - desenvolver ações de educação permanente, nas áreas de informação e informática em saúde, incluindo a saúde digital, destinadas aos profissionais da área de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - promover ações de implementação de parcerias para o fortalecimento das ações de saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - prestar apoio e cooperação técnica aos outros entes federados no desenvolvimento de ações da PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - implantar soluções digitais em saúde, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais, no cuidado integral à saúde, garantindo a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - promover o desenvolvimento e a estruturação dos departamentos ou áreas de TIC, bem como a incorporação das TIC nos departamentos ou áreas das organizações de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IX - adotar padrões nacionais e internacionais de interoperabilidade, segurança e conteúdo semântico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

X - assegurar os procedimentos necessários para propiciar a segurança dos dados pessoais de saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XI - zelar pela privacidade e confidencialidade dos dados pessoais de saúde a que tenha acesso. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - elaborar e revisar periodicamente a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD), em articulação com CONASS e CONASEMS, e coordenar sua consecução em âmbito nacional; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - promover e coordenar ações para o desenvolvimento de alta competência e excelência profissional em áreas da saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação da PNIIS de forma articulada com os Estados, Distrito Federal e os Municípios; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação da maturidade digital dos estabelecimentos de atenção à saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - gerir e normatizar o uso dos padrões nacionais de interoperabilidade, segurança e conteúdo semântico, conforme previsto no art. 237 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - fazer a gestão estratégica da operação da RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - desenvolver os critérios e mecanismos de credenciamento de órgãos e entidades públicas e privadas junto à RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - garantir o acesso da gestão do SUS de estados, municípios e Distrito Federal às bases de dados dos Sistemas de Informação de Base Nacional referentes à população de seus territórios; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IX - garantir recursos orçamentários e financeiros para custear a sustentação operacional da RNDS e prover o serviço aos demais entes; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

X - prever recursos orçamentários e financeiros para apoiar a informatização da atenção em saúde por meio de programas específicos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XI - gerir e normatizar o uso dos padrões e protocolos de interoperabilidade para a verificação da autenticidade, integridade e validade jurídica das assinaturas eletrônicas em documentos de saúde, especialmente prescrições eletrônicas, quando couber, e respeitada a legislação aplicável; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XII - promover a criação de Política de Governança de Dados de Saúde que forneça diretrizes específicas de segurança, ética em pesquisa, propriedade intelectual, confidencialidade e privacidade da informação, que estimule a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

cultura de proteção de dados em saúde, observados os princípios e diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) para os setores público e privado de saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XIII - promover a criação de uma Política Nacional de Telessaúde, para os setores público e privado, para que seja adotada como prática essencial, rotineira e permanente para a atenção à saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Parágrafo único. Para fins do disposto nos incisos I, XII e XIII deste artigo serão ouvidos os conselhos de saúde e as instituições de ensino, pesquisa e inovação na área da saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 16. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - promover a implementação das ações de saúde digital no âmbito estadual, em consonância com a PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - apoiar a gestão do credenciamento das secretarias municipais de seu território junto à RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - prestar o suporte quanto à utilização da RNDS no seu âmbito de atuação; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - divulgar e apoiar a implantação e implementação das diversas políticas de saúde demandadas pela União e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - monitorar a implementação da PNIIS nos municípios; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - promover a formação de parcerias com Instituições de Ensino Superior, em caráter local ou regional, para aumentar a oferta de oportunidades de formação de profissionais capacitados à execução das tarefas inerentes à saúde digital, em todos os níveis; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - monitorar e avaliar a qualidade dos dados e informações transmitidas à RNDS dos estabelecimentos de seu território. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos municípios e do Distrito Federal: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - implementar as ações em saúde digital em consonância com a PNIIS, conforme previsto nos instrumentos de planejamento do SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - apoiar a gestão do credenciamento dos estabelecimentos de saúde junto à RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - prestar o suporte quanto à utilização da RNDS no seu território; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - monitorar e avaliar a qualidade dos dados e informações transmitidas à RNDS dos estabelecimentos sob sua gestão. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 18. Compete aos estabelecimentos de saúde em todo o território nacional: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - realizar, de maneira gradativa, conforme planejamento estipulado pelas esferas de gestão, por meio do CGSD, as adequações necessárias em seus sistemas de informação relativas ao uso da RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - enviar os dados e informações referentes aos atendimentos em saúde à RNDS para a composição do histórico clínico dos pacientes, conforme os protocolos operacionais definidos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - disponibilizar, fidedignamente e em tempo oportuno, as informações definidas como necessárias pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde ou do Distrito Federal; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - assegurar os procedimentos necessários para propiciar a segurança dos dados pessoais de saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - zelar pela privacidade e confidencialidade dos dados pessoais de saúde a que tenha acesso. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 19. Compete aos profissionais de saúde em todo território nacional: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - zelar pela privacidade e confidencialidade dos dados pessoais de saúde a que tenha acesso; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - responsabilizar-se pela autoria e pela qualidade dos dados produzidos e prestados. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 20. Os usuários devem zelar pelo bom uso de seus dados de saúde e das pessoas sob sua responsabilidade, bem como monitorar e participar da ampliação do uso da RNDS como um bem público para toda a sociedade brasileira, por meio dos conselhos de saúde e pelos canais de comunicação disponíveis para os cidadãos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CAPÍTULO IV

Do Monitoramento e da Avaliação

(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 21. As ações e as metas para o monitoramento e a avaliação da PNIIS devem ser pactuadas no âmbito do CGSD e devem constar dos seguintes instrumentos de planejamento do SUS, submetidos às deliberações dos Conselhos de Saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - Plano de Saúde, nas respectivas esferas de gestão do SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - Programações Anuais de Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - Relatórios Anuais de Gestão; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - Planejamento Regional Integrado; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

V - Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, no âmbito federal. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 22. A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil deverá incluir em seu Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação, indicadores de saúde, metas, mecanismos e metodologia para avaliar a maturidade da saúde digital, bem como meios de mensuração para subsidiar o acompanhamento da implementação das diretrizes da PNIIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CAPÍTULO V
Disposições Finais
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 23. A execução da PNIIS deve observar: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - as diretrizes emanadas pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados e os demais normativos e diretrizes de proteção de dados; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - a realidade local, respeitando conceitos e incentivando experiências bemsucedidas para estabelecer uma extensa rede de cooperação, com o fim de inserir os princípios e as diretrizes da Política no cotidiano das ações institucionais na área de saúde em território nacional. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 24. Compete à Secretaria-Executiva (SE/MS), articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto ao CONASS, CONASEMS e CNS e demais órgãos e entidades públicos e privados, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à execução da PNIIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

[Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UW-6QJQ-6C85-38SQ

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA
RUA SÃO SALVADOR, 70
Email: igarapavasaude@gmail.com

Relação das Equipes de Saúde da Família 2023

Equipe ESF Vila Gomes – UBS Dr Jamil Jorge Fiod

Quantitativo de cadastro individual: 3.919 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
ADRIELE LEMOS CARDOSO	Enfermeira	40 horas
MARIA EDUARDDA SANTOS REZENDE	Médica	40 horas
ROSANE C. SILVEIRA BASTOS	Técnica de Enfermagem	40 horas
HELEN JAQUELINE VIANA	Técnica de Enfermagem	40 horas
NAYARA NUNES CARRER	Recepcionista	40 horas
CAUANA SALVIANO	Auxiliar Administrativo	40 horas
CLEISIANI TREVIZAN	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
GESSICA GLEICIANE CABRAL RIBEIRO	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
LUCIANA DOS SANTOS ALVES SALES	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
VIVIANE CRISTINA DO VALE OLIVEIRA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
SILVANA APARECIDA TROMBETA CORREIA	Auxiliar de Limpeza	40 horas
LUCAS COLOMBO COLMANETTI	Dentista	40 horas
ELIDA VERUSCA DE OLIVEIRA ARGEMIRO	Auxiliar de Consultório Dentário	30 horas

Equipe ESF Saudade – UBS Oswaldo de Sousa Filho

Quantitativo de cadastro individual: 3.690 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
GEOVANA PERPETUA DE JESUS LIMA	Enfermeira	40 horas
ARIEL PAULO AGOSTINHO BARBOZA	Médico	40 horas
TAUANY ARAUJO DE ALMEIDA	Técnica de Enfermagem	40 horas
TATIANA ESTEFANI DA SILVA MATEUS	Técnica de Enfermagem	40 horas
DALILA HELENA PEREIRA	Técnica de Enfermagem	40 horas
LAERCIA LUIZA BRANQUINHO EUZÉBIO	Recepcionista	40 horas
JANAINA MENDONÇA	Auxiliar Administrativo	40 horas
ADRIANO CESÁRIO DA COSTA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
PRISCILA PEREIRA DE AMORIM	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
BARBARA NATALI	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
ELAINE CRISTINA BARBOSA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
JULIANA FAQUIM ASSAD LIMA	Dentista	40 horas
MARLY APARECIDA RODRIGUES ANDRADE	Auxiliar de Consultório Dentário	40 horas
ANA SOFIA ALMEIDA LIMA FIOD COSTA	Psicóloga	30 horas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VL-N7N1-825R-3Z70
Assinado por 1 pessoa: LUIZ CARLOS VERGARA PEREIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/BE14-4893-D96D-545E e informe o código BE14-4893-D96D-545E

Equipe ESF Evaristo – UBS Dr Aluísio Antonio Maciel Filho

Quantitativo de cadastro individual: 3.892 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
BRUNA SALVINO DA SILVA	Enfermeira	40 horas
STHEFANIE ANGELO ARANTES	Médica	40 horas
SILVIA HELENA BENEDITO RODRIGUES	Técnica de Enfermagem	40 horas
NAIARA R.INÁCIO DO NASCIMENTO BASTOS	Técnica de Enfermagem	40 horas
CINTIA ADRIANA SULINO	Recepcionista	40 horas
LORRAINE APARECIDA DA SILVA	Auxiliar Administrativo	40 horas
TAYLA APARECIDA SILVA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
MÁRCIA CRISTINA GOBBI DE SOUZA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
ELMARA CRISTINA DE SOUZA OLIVEIRA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
JOAO MARCOS COLOMBRO COLMANETTI	Dentista	40 horas
GISELE CRISTINA LINARES	Auxiliar de Consultório Dentário	40 horas
LAURA PORTO GONÇALVES	Fonoaudióloga	30 horas

Equipe ESF Central – UBS Dr Alcides Antonio Maciel

Quantitativo de cadastro individual: 4.691 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
ANA CAROLINA TERRA	Enfermeira	40 horas
CLAIRE RODRIGUES DA CUNHA HEINERICH	Médico	40 horas
ANA PAULA MANIEZZO	Técnica de Enfermagem	40 horas
MERLIM LOPES DA SILVA	Técnica de Enfermagem	40 horas
ROSANGELA AP. BARCELOS MALAQUIAS	Recepcionista	40 horas
PEDRO DA SILVA FIOD	Auxiliar Administrativo	40 horas
ELAINE MARA RODRIGUES	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
IZADORA SILVA MAIA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
LUCIANA NUNES DE ANDRADE	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
VALERIA CRISTIANE DA SILVA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VL-N7N1-825R-3Z70
Assinado por 1 pessoa: LUIZ CARLOS VERGARA PEREIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/BE14-4893-D96D-545E e informe o código BE14-4893-D96D-545E

Equipe ESF Waldir – UBS Dr Manoel Ribeiro Soares

Quantitativo de cadastro individual: 4.724 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
IZABELA SILVA MAIA	Enfermeira	40 horas
GUILHERME NOGUEIRA MATTAR MANSO	Médica	40 horas
ANA PAULA DOS REIS ZANQUETTA	Técnica de Enfermagem	40 horas
SANDRA TURTRO	Técnica de Enfermagem	40 horas
RENATA APARECIDA ARANTES	Recepcionista	40 horas
ANGELA ROSANA FERREIRA MARTINS	Recepcionista	40 horas
GRAZIELA VIANA DE PAULA	Auxiliar Administrativo	40 horas
CLAUDIA MARIA DA SILVA FERREIRA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
JESSICA FERNANDA FURTADO	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
FRANCIELI CAROLINE COSTA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
NANCY DA SILVA MANOEL	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
MARIA DE FATIMA CRUZ FURTADO	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
RAIZA VELOSO SOARES	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
MILTON ALVES SIQUEIRA JÚNIOR	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
SIMONE FERREIRA DO NASCIMENTO	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
DRIELLY ROBERTA ROQUE	Auxiliar Limpeza	40 horas
DANIELE MORAIS DIAS	Dentista	40 horas
PATRICIA ROSSI DE SOUZA	Auxiliar de Consultório Dentário	40 horas

Equipe ESF Valda – UBS Valda Maria dos Santos Souza

Quantitativo de cadastro individual: 5.391 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA
THAIS DE SOUZA	Enfermeira	40 horas
GUILHERME ABRÃO SALGE	Médico	40 horas
JOICE FERNANDA SULINO DE CARVALHO	Técnica de Enfermagem	40 horas
MARIA HELENA BATISTA DA COSTA	Técnica de Enfermagem	40 horas
MARCIA RAYRA DE SOUZA	Recepcionista	40 horas
JOÃO VITOR DE SOUZA	Auxiliar Administrativo	40 horas
CLEIDE APARECIDA DE OLIVEIRA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
LEONARDO MATHEUS BARBOZA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
OSCAR FERREIRA MENEZES NETO	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
NAIARA ALVES SCANAVEZ	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
CASSIO LOBIANCO GOMES	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
DIEGO HENRIQUE DA SILVA MENDONÇA	Dentista	40 horas
MARCIA APARECIDA CAETANO	Auxiliar de Consultório Dentário	40 horas
CAMILA APARECIDA ROCHA DE ALMEIDA	Psicóloga	30 horas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VL-N7N1-825R-3Z70
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/BE14-4889-D9D3-545E e informe o código BE14-4889-D9D3-545E
Assinado por 1 pessoa: LUIZ CARLOS VERGARA PEREIRA

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA
RUA SÃO SALVADOR, 70
Email: igarapavasaude@gmail.com

Equipe de Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF)

Vinculada às 6 Equipes de Saúde da Família do Município

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
ROBERTA BISITONO JERICO	Terapeuta Ocupacional	30 horas
ELOIZA MATHIAS COLANIGO	Fonoaudióloga	30 horas
VALDEISA RODRIGUES SOUSA GONÇALVES	Fonoaudióloga	30 horas
TALITA ASSANO MALAGUTTI KODAMA	Terapeuta Ocupacional	30 horas
ANA CAROLINA BERNARDES COELHO	Psicóloga	30 horas
LETICIA BIANQUINI ELIAS	Psicóloga	30 horas
TATIANA ALVES BERTANHA	Psicóloga	30 horas

Equipe de Coordenação

06 Equipes de Saúde da Família

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
MAURICIA BROCHADO OLIVEIRA SOARES	Enfermeira	30 horas
JANAINA GARCIA CIRILO	Enfermeira	40 horas
NAGELA CRISTINA JORGE NASCIMENTO BASTOS	Enfermeira	40 horas

Igarapava, 31 de julho de 2024

Luiz Carlos Vergara Pereira
Diretor
Departamento Municipal de Saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VL-N7N1-825R-3Z70
Assinado por 1 pessoa: LUIZ CARLOS VERGARA PEREIRA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/BE14-4893-D96D-545E e informe o código BE14-4893-D96D-545E

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA
RUA SÃO SALVADOR, 70
igarapavasaude@gmail.com

Relatório sobre o resultado do atingimento das metas e indicadores constantes na programação do Plano Municipal de Saúde Diretriz n° 1 Referente ao ano de 2023

Nº	Descrição da Meta	Meta Prevista				Meta Alcançada			
		2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
1.1.1	Manter ou ampliar a cobertura de atenção básica municipal	85	85	100	100	83,33	83,33		
1.2.1	Manter as equipes de saúde bucal	5	5	5	5	5	5		
1.2.2	Ampliar o acesso de gestantes ao cuidado em saúde bucal	60	60	60	60	71	68		
1.2.3	Abastecer de forma contínua os consultórios odontológicos através de insumos utilizados no atendimento direto ao usuário.	100	100	100	100	100	100		
1.3.1	Acompanhamento das condicionalidades saúde dos usuários inscritos no bolsa família.	80	80	85	85	92,3	81,18		
1.4.1	Melhorar o acesso a coleta de exames citopatológicos das mulheres de 25 à 64 anos.	40	40	40	40	24	33		
1.4.2	Melhorar o acesso ao exame de mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos.	50	50	50	50	51	25,32		
1.5.1	Manter a cobertura vacinal no município	95	95	95	95	92	95		
1.6.1	Ampliar o acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial	50	50	50	50	36	44		
1.6.2	Ampliar o acompanhamento de pacientes com diabetes	50	50	50	50	16	44		
1.7.1	Realizar 6 ou mais consultas de pré natal para gestantes.	45	45	45	45	76	71		
1.7.2	Ampliar acesso aos exames de HIV e sífilis para gestantes.	60	60	60	60	74	65		
1.8.1	Proporcionar assistência em saúde e cuidado para casos suspeitos de COVID 19	100	100	100	100	100	100		
1.9.1	Ampliação da cobertura de Atenção à Saúde da população.	0	0	1	0	0	0		
1.10.1	Abastecimentos das Unidades de Saúde com os itens necessários para a sua manutenção, funcionamento e para execução das ações e serviços de saúde.	100	100	100	100	100	100		
1.10.2	Aprimorar a adequação de equipamentos e materiais permanentes nas unidades de saúde.	100	100	100	100	100	100		

Igarapava, 05 de Agosto de 2024

Luiz Carlos Vergara Pereira
Diretor
Departamento Municipal de Saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UB-8926-65HC-6UZZ
Assinado por 1 pessoa: LUIZ CARLOS VERGARA PEREIRA
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/9E5E-B550-5E43-C982 e informe o código verificador: 9E5E-B550-5E43-C982

Redes de ensino inabilitadas à complementação VAAR 2024 pelo não cumprimento de condicionalidades de melhoria de gestão previstas no art. 14, § 1º, incisos I a V, da Lei nº 14.113/2020, ou por não terem alcançado evolução em indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades previstos no art. 14, § 2º da Lei nº 14.113/2020

UF	Ente Federado	Código IBGE	Motivo
AC	ACRE	12	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
AC	ACRELANDIA	1200013	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
AC	ASSIS BRASIL	1200054	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
AC	CRUZEIRO DO SUL	1200203	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
AC	JORDAO	1200328	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
AC	MANOEL URBANO	1200344	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	BOREBI	3507456	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	BOTUCATU	3507506	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	BRODOWSKY	3507803	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	BROTAS	3507902	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	BURI	3508009	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	BURITAMA	3508108	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	BURITIZAL	3508207	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CACHOEIRA PAULISTA	3508603	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	CACONDE	3508702	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CAFELANDIA	3508801	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CAIABU	3508900	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CAIEIRAS	3509007	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CAIUA	3509106	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	CAJAMAR	3509205	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CAJOBI	3509304	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CAJURU	3509403	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	CAMPINA DO MONTE ALEGRE	3509452	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CAMPINAS	3509502	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CAMPO LIMPO PAULISTA	3509601	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CAMPOS DO JORDAO	3509700	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	CANANEIA	3509908	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, V da Lei nº 14113/2020
SP	CANAS	3509957	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CANDIDO MOTA	3510005	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	CANDIDO RODRIGUES	3510104	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CANITAR	3510153	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CAPAO BONITO	3510203	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	CAPIVARI	3510401	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	CARAGUATATUBA	3510500	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CARAPICUIBA	3510609	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CARDOSO	3510708	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CASA BRANCA	3510807	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CASSIA DOS COQUEIROS	3510906	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CATANDUVA	3511102	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, V da Lei nº 14113/2020
SP	CATIGUA	3511201	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CEDRAL	3511300	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CERQUEIRA CESAR	3511409	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	CERQUILHO	3511508	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CESARIO LANGE	3511607	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	CHAVANTES	3557204	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CLEMENTINA	3511904	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	COLOMBIA	3512100	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CONCHAL	3512209	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	CONCHAS	3512308	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CORDADOS	3512506	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CORUMBATAI	3512704	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	COSMORAMA	3512902	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	COTIA	3513009	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CRUZALIA	3513306	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	CRUZEIRO	3513405	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	CUBATAO	3513504	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	CUNHA	3513603	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	DESCALVADO	3513702	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	DIRCE REIS	3513850	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	DIVINOLANDIA	3513900	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	DOIS CORREGOS	3514106	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	DOLCINOPOLIS	3514205	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	DOURADO	3514304	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	DUARTINA	3514402	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	DUMONT	3514601	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	ELDORADO	3514809	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	ELIAS FAUSTO	3514908	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	ELISIARIO	3514924	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	EMBAUBA	3514957	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	EMBU	3515004	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	EMBU-GUACU	3515103	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	EMILIANOPOLIS	3515129	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	ENGENHEIRO COELHO	3515152	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	ESPIRITO SANTO DO PINHAL	3515186	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	ESPIRITO SANTO DO TURVO	3515194	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	ESTIVA GERBI	3557303	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	ESTRELA DO NORTE	3515301	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	ESTRELA DOESTE	3515202	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	EUCLIDES DA CUNHA PAULISTA	3515350	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	FARTURA	3515400	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	FERNANDO PRESTES	3515608	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	FERNANDOPOLIS	3515509	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	FERNAO	3515657	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	FERRAZ DE VASCONCELOS	3515707	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	FLORA RICA	3515806	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	FLOREAL	3515905	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	FLORIDA PAULISTA	3516002	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	FLORINIA	3516101	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	FRANCA	3516200	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	FRANCISCO MORATO	3516309	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	FRANCO DA ROCHA	3516408	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	GABRIEL MONTEIRO	3516507	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	GALIA	3516606	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	GARCA	3516705	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	GASTAO VIDIGAL	3516804	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	GENERAL SALGADO	3516903	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	GETULINA	3517000	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	GUAICARA	3517208	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	GUAIMBE	3517307	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	GUAIRA	3517406	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	GUAPIACU	3517505	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	GUAPIARA	3517604	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	GUARACAI	3517802	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	GUARANI DOESTE	3518008	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	GUARANTA	3518107	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, V da Lei nº 14113/2020
SP	GUARAREMA	3518305	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	GUARATINGUETA	3518404	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	GUAREI	3518503	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	GUATAPARA	3518859	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	GUZOLANDIA	3518909	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	IACRI	3519204	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	IARAS	3519253	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	IBATE	3519303	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	IBIRA	3519402	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	IBIRAREMA	3519501	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	IBITINGA	3519600	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	ICEM	3519808	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	IEPE	3519907	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	IGARAPAVA	3520103	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	IGARATA	3520202	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	IGUAPE	3520301	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	ILHA COMPRIDA	3520426	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	ILHABELA	3520400	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	INDIANA	3520608	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, V da Lei nº 14113/2020
SP	INDIAPORA	3520707	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	INUBIA PAULISTA	3520806	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	IPAUSSU	3521150	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	IPORANGA	3521200	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, V da Lei nº 14113/2020
SP	IPUA	3521309	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	IRACEMAPOLIS	3521408	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	IRAPUA	3521507	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	IRAPURU	3521606	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	ITABERA	3521705	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	ITAJOBI	3521903	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	ITAJU	3522000	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	ITANHAEM	3522109	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	ITAPECERICA DA SERRA	3522208	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	ITAPETININGA	3522307	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	ITAPIRA	3522604	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	ITAPIRAPUA PAULISTA	3522653	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	ITAPOLIS	3522703	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	ITAPORANGA	3522802	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	ITAPUI	3522901	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	ITAPURA	3523008	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	ITAQUAQUECETUBA	3523107	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	ITARARE	3523206	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	ITARIRI	3523305	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	ITATIBA	3523404	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	ITIRAPUA	3523701	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	ITOBI	3523800	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	ITUVERAVA	3524105	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	JABORANDI	3524204	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	JABOTICABAL	3524303	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	JACAREI	3524402	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	JACI	3524501	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	JACUPIRANGA	3524600	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	JAGUARIUNA	3524709	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	JAMBEIRO	3524907	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	JANDIRA	3525003	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	JARDINOPOLIS	3525102	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	JERIQUARA	3525409	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	JOANOPOLIS	3525508	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	JOAO RAMALHO	3525607	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	JOSE BONIFACIO	3525706	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	JULIO MESQUITA	3525805	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	JUMIRIM	3525854	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	JUNDIAI	3525904	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	JUNQUEIROPOLIS	3526001	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	JUQUIA	3526100	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	LAGOINHA	3526308	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	LARANJAL PAULISTA	3526407	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	LAVINIA	3526506	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	LAVRINHAS	3526605	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	LEME	3526704	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	LENCOIS PAULISTA	3526803	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	LINS	3527108	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	LORENA	3527207	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	LOURDES	3527256	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	LUCIANOPOLIS	3527504	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III, V da Lei nº 14113/2020
SP	LUIS ANTONIO	3527603	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020
SP	LUIZIANIA	3527702	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, III da Lei nº 14113/2020
SP	LUPERCIO	3527801	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	LUTECIA	3527900	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	MACATUBA	3528007	Não apresentou melhoria em nenhum dos indicadores de atendimento e de melhoria da aprendizagem com redução das desigualdades, conforme metodologia constante da Portaria MEC nº 975, de 13 de dezembro de 2022
SP	MACAUBAL	3528106	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	MACEDONIA	3528205	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I da Lei nº 14113/2020
SP	MAGDA	3528304	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, III da Lei nº 14113/2020
SP	MAIRINQUE	3528403	Não cumprimento do disposto no art. 14, § 1º, I, V da Lei nº 14113/2020

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V3-7DRH-7PUP-GNAA

UF	Ente Federado	Código IBGE	Vefiçação preliminar do disposto no § 4º do art. 13 da Lei nº 14.113/20	Pendência identificada
SP	Guaíra	3517406	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guapiaçu	3517505	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guapiara	3517604	Inobservância do art. 38 da Lei nº 14.113/20.	Não transmitiu ao SIOPE os dados do ano de 2022.
SP	Guará	3517703	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guaraçaí	3517802	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guaraci	3517901	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guarani d'Oeste	3518008	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guarantã	3518107	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guararapes	3518206	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guararema	3518305	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guaratinguetá	3518404	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guareí	3518503	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guariba	3518602	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guarujá	3518701	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guarulhos	3518800	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guatapará	3518859	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Guzolândia	3518909	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Herculândia	3519006	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Holambra	3519055	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Hortolândia	3519071	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Iacanga	3519105	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Iacri	3519204	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Iaras	3519253	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ibaté	3519303	Inobservância do art. 38 da Lei nº 14.113/20.	Não transmitiu ao SIOPE os dados do ano de 2022.
SP	Ibirá	3519402	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ibirarema	3519501	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ibitinga	3519600	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ibiúna	3519709	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Icém	3519808	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Iepê	3519907	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Igaraçu do Tietê	3520004	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Igarapava	3520103	Inobservância do art. 38 da Lei nº 14.113/20.	Não transmitiu ao SIOPE os dados do ano de 2022.
SP	Igaratá	3520202	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Iguape	3520301	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ilha Comprida	3520426	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ilha Solteira	3520442	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ilhabela	3520400	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Indaiatuba	3520509	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Indiana	3520608	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Indiaporã	3520707	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Inúbia Paulista	3520806	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ipaussu	3520905	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Iperó	3521002	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ipeúna	3521101	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ipiguá	3521150	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Iporanga	3521200	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ipuã	3521309	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Iracemápolis	3521408	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Irapuã	3521507	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Irapuru	3521606	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itaberá	3521705	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itaí	3521804	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itajobi	3521903	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itaju	3522000	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itanhaém	3522109	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itaóca	3522158	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itapecerica da Serra	3522208	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itapetininga	3522307	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itapeva	3522406	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itapevi	3522505	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itapira	3522604	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itapirapuã Paulista	3522653	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itápolis	3522703	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itaporanga	3522802	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itapuí	3522901	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itapura	3523008	Inobservância do art. 38 da Lei nº 14.113/20.	Não transmitiu ao SIOPE os dados do ano de 2022.
SP	Itaquaquecetuba	3523107	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itararé	3523206	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itariri	3523305	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itatiba	3523404	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itatinga	3523503	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itirapina	3523602	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itirapuã	3523701	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itobi	3523800	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itu	3523909	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Itupeva	3524006	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Ituverava	3524105	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jaborandi	3524204	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jaboticabal	3524303	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jacareí	3524402	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jaci	3524501	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jacupiranga	3524600	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jaguariúna	3524709	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jales	3524808	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jambeiro	3524907	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jandira	3525003	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jardinópolis	3525102	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jarinu	3525201	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jaú	3525300	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jeriquara	3525409	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Joanópolis	3525508	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	João Ramalho	3525607	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	José Bonifácio	3525706	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Júlio Mesquita	3525805	Habilitado para o cálculo do VAAT.	
SP	Jumirim	3525854	Habilitado para o cálculo do VAAT.	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TK-5RJM-5ZLN-2WVT

Município	Órgão	UO	UE	Nr. Empen	Ano Emper	Mes Balan	Ano Balanc	Dt. Referência	Vl. Inscrito - RP Proc	Vl. Saldo Inicial - RP Proc	Vl. Pago - RP Proc
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	FUNDEB	18148	2023	13	2023	29/12/2023	17.540,60	-	-
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	FUNDEB	18148	2023	1	2024	01/01/2024	-	17.540,60	-
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	FUNDEB	18148	2023	1	2024	26/01/2024	-	-	17.540,60

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-21KK-7C19-6Q4H

Ofício Interno/Memorando 3.793/2024

PREFEITURA DE IGARAPAVA

Responder apenas via 1Doc

Márcio C. DF-DTR

Para
DA-SDADM - Secre...
A/C Giovana I.

CC
2 setores envolvidos
DF-DTR DA-SDADM
21/08/2024 09:37

Requisição nº 40 TCESP

Prezada Giovana, bom dia!

Em atendimento ao TCESP, especificamente ao item 62, informo que é enviado aos devedores notificação de cobrança, bem como disponibilizado aos contribuintes parcelamento, em até 72 parcelas, a fim de facilitar o pagamento e, via de consequência, o recebimento dos créditos.

Oportuno ainda consignar que, é realizado o parcelamento incentivado, por meio de REFIS, contudo, tal procedimento não é realizado anualmente. O último REFIS ocorreu em 2022.

Eis o que me cabia informar,

At.te.

Márcio Campos

Chefe da Divisão de Tributação

Quem já visualizou? 2 ou mais pessoas

1Doc

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1WA-3I3T-619J-62W6

PREFEITURA
MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413 – CENTRO - CEP 14540-000CNPJ
45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 – 8200
E – MAIL: prefeitura@igarapava.sp.gov.br

Declaração

Declaro que não foi realizada higienização no estoque da dívida ativa, de forma a separar os créditos podres, débitos prescritos, de pequeno valor com vícios administrativos na sua constituição execução dos créditos líquidos, somente foi realizado a provisão de perde de valores inscritos em dívida ativa conforme portaria STN 437/2012, que segue em anexo.

Igarapava-sp- 20 de agosto de 2024

Hélem S. Manoel
Chefe de setor Contabilidade e Orçamento

Adélia de Paula
Diretora Financeira

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1X1-5SK6-7ETP-6AOH

Provisão de Perda de Valores Inscritos em Dívida Ativa
Portaria STN 437/2012

Trata-se de demonstrativo objetivando subsidiar ajustes para perdas de valores inscritos em Dívida Ativa, conformidade com a 5ª Edição do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público – Parte I Procedimentos Contábeis Específicos, aprovado pela Portaria STN n. 437/2012.

	2020	2021	2022
Saldo Incial da Dívida Ativa (1)	14.905.042,30	14.620.186,46	16.668.34
Cancelamentos (2)	2.181.711,33	1.139.476,03	1.421.78
Recebimentos (3)	261.855,56	574.303,73	817.55
Percentual de Recebimentos (4)	16,39%	11,72%	13,4

Média de Arrecadação (5)	13,85%
Total a arrecadar (6)	100,00%
Percentual de Provisão 2023 (7)	86,15%

Saldo da Dívida Ativa 31.12.2022 (8)	17.719.981,25
Valor da provisão de Perda 2023 (9)	**15.265.708,98**

Metodologia:
Em decorrência do elevado grau de incerteza no recebimento dos valores inscritos em dívida ativa, utili se no ajuste a valor recuperável a técnica sugerida no Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Púb Parte III, baseada no Histórico de Recebimentos Passados, cuja técnica é a seguir apresentada:
A) Os itens 1, 2, 3 e 4 retratam o ajuste pela média percentual dos recebimentos totais (considerand principal, multas e juros e cancelamentos) ao longo dos últimos três exercícios.
B) No item 5, calculou-se a média percentual de recebimentos, ou seja, o êxito médio na arrecadação.

C) No item 7 obteve-se o percentual de frustração, representado pelo percentual total a receber, deduzid média de valores efetivamente arrecadados.
D) No item 8 obteve-se o valor da provisão da perdas da dívida ativa.

Igarapava, 31 de Dezembro de 2023

Helem da Silva Manoel
Contabilista

José Ricardo Rodrigues Mattar
Prefeito Municipal

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1X1-5SK6-7ETP-6AOH

TCESP Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

Históricos de Vagas Cadastrados

Relatório emitido em 09/08/2024

Município	Nome da Entidade	Código do Cargo	Nome do Cargo	Alteração	Quantidade	Data	Fundamento Legal	Número do Ato	Ano do Ato	Tipo de Norma
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0555	NUTRICIONISTA	Aumento de vaga	1	05/04/2023	Sim	83	2023	Lei complementar
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0570	PSICOLOGO	Aumento de vaga	3	02/03/2023	Sim	080	2023	Lei complementar
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	7266	CONTROLADOR INTERNO	Criação de vaga	1	25/10/2023	Sim	088	2023	Lei complementar
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	7267	PROFESSOR DE EDUCAÇÃO BÁSICA INCLUSIVA - BRAILLE	Criação de vaga	5	27/12/2023	Sim	089	2023	Lei complementar
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	7268	PROFESSOR DE EDUCAÇÃO BÁSICA INCLUSIVA - LIBRAS	Criação de vaga	10	27/12/2023	Sim	089	2023	Lei complementar

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VV-5TYE-6ZEH-3TB9

Históricos de Vagas Cadastrados

Relatório emitido em 09/08/2024

Município	Nome da Entidade	Código do Cargo	Nome do Cargo	Alteração	Quantidade	Data	Fundamento Legal	Número do Ato	Ano do Ato	Tipo de Norma
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	7260	AUXILIAR DE EDUCADOR CUIDADOR INSTITUCIONAL	Criação de vaga	5	01/10/2019	Sim	65	2019	Lei complementar
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	7261	ORIENTADOR SOCIAL	Criação de vaga	2	01/10/2019	Sim	65	2019	Lei complementar
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	7262	FACILITADOR DE OFICINA	Criação de vaga	2	01/10/2019	Sim	65	2019	Lei complementar
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	7263	EDUCADOR CUIDADOR INSTITUCIONAL	Criação de vaga	2	01/10/2019	Sim	65	2019	Lei complementar
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	7264	COORDENADOR DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	Criação de vaga	1	01/10/2019	Sim	65	2019	Lei complementar
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	7265	SOCIÓLOGO	Criação de vaga	1	01/10/2019	Sim	65	2019	Lei complementar

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V7-EDGA-772D-K30Y

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413 – CENTRO - CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 – 8200
E – MAIL: prefeitura@igarapava.sp.gov.br

Igarapava/SP, 23 de agosto de 2024.

DECLARAÇÃO

A Prefeitura Municipal de Igarapava/SP, **DECLARA** para os devidos fins de direito, que existe um estudo em andamento para confirmar os valores de dívida previdenciária não parcelada de auxílio doença, apresentados pelo Instituto de Previdência Municipal de Igarapava relativas ao período de 2010 a 2018.

Após a conclusão desse estudo, será encaminhado à Câmara Municipal, Projeto de Lei versando sobre o parcelamento do valor apurado. Finalmente, os valores serão apontados em balanço patrimonial, no exercício de 2024.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Prefeito Municipal

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TF-4VCV-7IXX-728U

PREVIGARAPAVA | INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Avenida Maciel, 700, Centro, Igarapava - SP, CEP. 14.540-000
CNPJ/MF: 10.959.076/0001-00
Fone: (16) 3172-4776

DECLARAÇÃO

O **INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA**, neste ato representado por seu diretor presidente, **DECLARA** a pedido da fiscalização do E. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo que, após a declaração apresentada por ocasião da requisição de documentos 12/2023/LH, **este Instituto procedeu a revisão dos cálculos da dívida previdenciária não parcelada da Prefeitura Municipal e chegou aos seguintes [novos] valores:** os débitos não parcelados da Prefeitura Municipal de Igarapava para com este Instituto, referentes as contribuições previdenciárias retroativas de auxílio doença dos anos de 2010 a 2018 perfaziam o valor de **R$10.125.315,26 (dez milhões, cento e vinte e cinco mil, trezentos e quinze reais e vinte e seis centavos)**, em 31/12/2023.

Declara-se ainda que o cálculo em questão leva em consideração o índice de atualização monetária de acordo com a tabela prática do E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, acrescido ainda de juros de mora de 1% ao mês, **conforme demonstrativo de cálculos em anexo, que faz parte integrante e indivisível da presente declaração.**

Por ser a fiel expressão da verdade, firma-se a presente declaração.

Igarapava - SP, 22 de agosto de 2023.

Reginaldo de Souza
DIRETOR PRESIDENTE

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SQ-67F1-5T2J-3QQQ

DEMONSTRATIVO ATUALIZADO DE CÁLCULOS PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

Simulação do valor atualizado do débito retroativo referente ao auxílio doença de 2010 a 2018

COMPETÊNCIA	PRINCIPAL DEVIDO	ÍNDICE DIVISOR	ÍNDICE MULTIPLICADOR	VALOR ATUALIZADO	ÍNDICE DE JUROS (1% AO MÊS)	VALOR DOS JUROS	PRINCIPAL ATUALIZADO + JUROS
jan/10	R$ 9.372,05	3,381053	7,57035	R$ 20.984,50	169%	R$ 35.463,80	R$ 56.448,30
fev/10	R$ 9.033,77	3,398634	7,57035	R$ 20.122,44	168%	R$ 33.805,70	R$ 53.928,13
mar/10	R$ 8.660,54	3,430581	7,57035	R$ 19.111,43	167%	R$ 31.916,09	R$ 51.027,53
abr/10	R$ 12.145,85	3,449449	7,57035	R$ 26.655,95	166%	R$ 44.248,87	R$ 70.904,82
mai/10	R$ 14.972,44	3,466006	7,57035	R$ 32.702,37	165%	R$ 53.958,91	R$ 86.661,28
jun/10	R$ 13.258,55	3,487841	7,57035	R$ 28.777,65	164%	R$ 47.195,34	R$ 75.972,99
jul/10	R$ 11.884,67	3,494467	7,57035	R$ 25.746,73	163%	R$ 41.967,18	R$ 67.713,91
ago/10	R$ 11.475,49	3,491321	7,57035	R$ 24.882,70	162%	R$ 40.309,97	R$ 65.192,66
set/10	R$ 11.340,86	3,489575	7,57035	R$ 24.603,08	161%	R$ 39.610,95	R$ 64.214,03
out/10	R$ 12.049,11	3,500392	7,57035	R$ 26.058,79	160%	R$ 41.694,06	R$ 67.752,85
nov/10	R$ 10.821,33	3,522094	7,57035	R$ 23.259,25	159%	R$ 36.982,20	R$ 60.241,45
dez/10	R$ 8.680,66	3,552384	7,57035	R$ 18.499,02	158%	R$ 29.228,46	R$ 47.727,48
jan/11	R$ 7.145,24	3,576895	7,57035	R$ 15.122,60	157%	R$ 23.742,49	R$ 38.865,09
fev/11	R$ 6.098,43	3,604079	7,57035	R$ 12.809,72	156%	R$ 19.983,17	R$ 32.792,89
mar/11	R$ 6.401,42	3,639038	7,57035	R$ 13.316,98	155%	R$ 20.641,32	R$ 33.958,29
abr/11	R$ 7.572,06	3,660872	7,57035	R$ 15.658,33	154%	R$ 24.113,83	R$ 39.772,16
mai/11	R$ 7.648,78	3,68906	7,57035	R$ 15.696,12	153%	R$ 24.015,07	R$ 39.711,19
jun/11	R$ 5.465,41	3,68906	7,57035	R$ 11.215,61	152%	R$ 17.047,73	R$ 28.263,34
jul/11	R$ 5.326,27	3,723427	7,57035	R$ 10.829,20	151%	R$ 16.352,09	R$ 27.181,29
ago/11	R$ 4.477,70	3,72715	7,57035	R$ 9.094,82	150%	R$ 13.642,23	R$ 22.737,05
set/11	R$ 5.960,29	3,737213	7,57035	R$ 12.073,56	149%	R$ 17.989,61	R$ 30.063,18
out/11	R$ 5.563,12	3,75702	7,57035	R$ 11.209,62	148%	R$ 16.590,24	R$ 27.799,86
nov/11	R$ 6.226,59	3,772799	7,57035	R$ 12.494,03	147%	R$ 18.366,22	R$ 30.860,26
dez/11	R$ 8.549,60	3,790153	7,57035	R$ 17.076,74	146%	R$ 24.932,04	R$ 42.008,78
jan/12	R$ 7.538,92	3,811377	7,57035	R$ 14.974,18	145%	R$ 21.712,57	R$ 36.686,75
fev/12	R$ 7.576,10	3,83615	7,57035	R$ 14.950,86	144%	R$ 21.529,23	R$ 36.480,09
mar/12	R$ 7.745,29	3,856481	7,57035	R$ 15.204,16	143%	R$ 21.741,95	R$ 36.946,11
abr/12	R$ 12.261,23	3,866122	7,57035	R$ 24.009,02	142%	R$ 34.092,81	R$ 58.101,83
mai/12	R$ 12.413,72	3,882746	7,57035	R$ 24.203,54	141%	R$ 34.126,99	R$ 58.330,54
jun/12	R$ 14.629,29	3,902548	7,57035	R$ 28.378,60	140%	R$ 39.730,04	R$ 68.108,64
jul/12	R$ 16.841,55	3,909572	7,57035	R$ 32.611,35	139%	R$ 45.329,78	R$ 77.941,13
ago/12	R$ 15.953,90	3,922473	7,57035	R$ 30.790,93	138%	R$ 42.491,49	R$ 73.282,42
set/12	R$ 19.604,44	3,93777	7,57035	R$ 37.689,47	137%	R$ 51.634,58	R$ 89.324,05
out/12	R$ 22.013,95	3,956671	7,57035	R$ 42.119,58	136%	R$ 57.282,62	R$ 99.402,20
nov/12	R$ 22.543,69	3,982389	7,57035	R$ 42.854,58	135%	R$ 57.853,69	R$ 100.708,27
dez/12	R$ 178.989,16	4,003893	7,57035	R$ 338.423,28	134%	R$ 453.487,19	R$ 791.910,47
jan/13	R$ 8.157,30	4,031519	7,57035	R$ 15.317,70	133%	R$ 20.372,55	R$ 35.690,25
fev/13	R$ 7.851,85	4,066996	7,57035	R$ 14.615,52	132%	R$ 19.292,48	R$ 33.908,00
mar/13	R$ 7.919,09	4,094651	7,57035	R$ 14.641,12	131%	R$ 19.179,87	R$ 33.820,99
abr/13	R$ 10.051,36	4,114714	7,57035	R$ 18.492,73	130%	R$ 24.040,55	R$ 42.533,29
mai/13	R$ 11.968,81	4,135699	7,57035	R$ 21.908,77	129%	R$ 28.262,31	R$ 50.171,08
jun/13	R$ 11.298,27	4,154723	7,57035	R$ 20.586,66	128%	R$ 26.350,92	R$ 46.937,58
jul/13	R$ 10.768,96	4,17051	7,57035	R$ 19.547,92	127%	R$ 24.825,86	R$ 44.373,78
ago/13	R$ 11.315,76	4,173429	7,57035	R$ 20.526,11	126%	R$ 25.862,90	R$ 46.389,01
set/13	R$ 11.727,88	4,180106	7,57035	R$ 21.239,69	125%	R$ 26.549,61	R$ 47.789,30
out/13	R$ 12.254,15	4,191392	7,57035	R$ 22.133,03	124%	R$ 27.444,96	R$ 49.577,99
nov/13	R$ 14.883,31	4,21151	7,57035	R$ 26.753,32	123%	R$ 32.906,58	R$ 59.659,90
dez/13	R$ 17.591,84	4,235515	7,57035	R$ 31.442,78	122%	R$ 38.360,20	R$ 69.802,98
jan/14	R$ 15.633,99	4,267281	7,57035	R$ 27.735,41	121%	R$ 33.559,84	R$ 61.295,25
fev/14	R$ 15.823,43	4,295871	7,57035	R$ 27.884,66	120%	R$ 33.461,59	R$ 61.346,25
mar/14	R$ 19.216,72	4,325942	7,57035	R$ 33.629,04	119%	R$ 40.018,56	R$ 73.647,61
abr/14	R$ 22.492,13	4,357521	7,57035	R$ 39.075,73	118%	R$ 46.109,36	R$ 85.185,08
mai/14	R$ 21.405,84	4,391509	7,57035	R$ 36.900,69	117%	R$ 43.173,80	R$ 80.074,49
jun/14	R$ 24.167,04	4,416979	7,57035	R$ 41.420,38	116%	R$ 48.047,64	R$ 89.468,02
jul/14	R$ 23.587,57	4,437738	7,57035	R$ 40.238,10	115%	R$ 46.273,82	R$ 86.511,92
ago/14	R$ 24.673,30	4,445282	7,57035	R$ 42.018,82	114%	R$ 47.901,46	R$ 89.920,28
set/14	R$ 29.051,40	4,451505	7,57035	R$ 49.405,60	113%	R$ 55.828,33	R$ 105.233,92
out/14	R$ 29.051,40	4,468865	7,57035	R$ 49.213,67	112%	R$ 55.119,32	R$ 104.332,99
nov/14	R$ 34.912,39	4,490315	7,57035	R$ 58.859,79	111%	R$ 65.334,37	R$ 124.194,16
dez/14	R$ 33.934,37	4,507378	7,57035	R$ 56.994,35	110%	R$ 62.693,78	R$ 119.688,13

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SQ-67F1-5T2J-3QQQ

jan/15	R$	32.536,00	4,542986	7,57035	R$	54.217,40	109%	R$	59.096,97	R$ 113.314,37
fev/15	R$	32.963,94	4,583418	7,57035	R$	54.445,95	108%	R$	58.801,63	R$ 113.247,58
mar/15	R$	32.352,62	4,644377	7,57035	R$	52.734,88	107%	R$	56.426,32	R$ 109.161,20
abr/15	R$	36.884,73	4,701967	7,57035	R$	59.385,85	106%	R$	62.949,00	R$ 122.334,85
mai/15	R$	39.561,47	4,752278	7,57035	R$	63.021,18	105%	R$	66.172,24	R$ 129.193,42
jun/15	R$	38.145,03	4,780791	7,57035	R$	60.402,40	104%	R$	62.818,49	R$ 123.220,89
jul/15	R$	38.851,87	4,82812	7,57035	R$	60.918,59	103%	R$	62.746,15	R$ 123.664,73
ago/15	R$	37.900,23	4,856605	7,57035	R$	59.077,90	102%	R$	60.259,45	R$ 119.337,35
set/15	R$	40.595,28	4,877488	7,57035	R$	63.007,94	101%	R$	63.638,02	R$ 126.645,96
out/15	R$	37.214,86	4,89651	7,57035	R$	57.536,80	100%	R$	57.536,80	R$ 115.073,60
nov/15	R$	33.472,31	4,928826	7,57035	R$	51.411,25	99%	R$	50.897,14	R$ 102.308,39
dez/15	R$	30.622,13	4,970721	7,57035	R$	46.637,15	98%	R$	45.704,40	R$ 92.341,55
jan/16	R$	27.157,21	5,029375	7,57035	R$	40.877,76	97%	R$	39.651,43	R$ 80.529,19
fev/16	R$	28.315,55	5,075645	7,57035	R$	42.232,78	96%	R$	40.543,47	R$ 82.776,26
mar/16	R$	35.232,57	5,147719	7,57035	R$	51.813,80	95%	R$	49.223,11	R$ 101.036,91
abr/16	R$	41.915,65	5,169854	7,57035	R$	61.378,16	94%	R$	57.695,47	R$ 119.073,64
mai/16	R$	40.244,36	5,19622	7,57035	R$	58.631,83	93%	R$	54.527,60	R$ 113.159,43
jun/16	R$	36.784,51	5,240907	7,57035	R$	53.134,24	92%	R$	48.883,50	R$ 102.017,74
jul/16	R$	36.504,08	5,26187	7,57035	R$	52.519,10	91%	R$	47.792,38	R$ 100.311,48
ago/16	R$	40.591,72	5,290284	7,57035	R$	58.086,40	90%	R$	52.277,76	R$ 110.364,15
set/16	R$	43.881,00	5,31409	7,57035	R$	62.512,03	89%	R$	55.635,70	R$ 118.147,73
out/16	R$	46.777,05	5,326312	7,57035	R$	66.484,77	88%	R$	58.506,60	R$ 124.991,37
nov/16	R$	51.852,39	5,336431	7,57035	R$	73.558,67	87%	R$	63.996,04	R$ 137.554,70
dez/16	R$	56.052,63	5,350305	7,57035	R$	79.311,00	86%	R$	68.207,46	R$ 147.518,46
jan/17	R$	47.482,04	5,36047	7,57035	R$	67.056,74	85%	R$	56.998,23	R$ 124.054,98
fev/17	R$	47.854,04	5,377087	7,57035	R$	67.373,25	84%	R$	56.593,53	R$ 123.966,78
mar/17	R$	52.853,29	5,406123	7,57035	R$	74.011,99	83%	R$	61.429,95	R$ 135.441,94
abr/17	R$	63.578,35	5,414232	7,57035	R$	88.897,25	82%	R$	72.895,75	R$ 161.793,00
mai/17	R$	56.056,43	5,425601	7,57035	R$	78.215,63	81%	R$	63.354,66	R$ 141.570,29
jun/17	R$	55.130,35	5,438622	7,57035	R$	76.739,30	80%	R$	61.391,44	R$ 138.130,74
jul/17	R$	53.019,65	5,447323	7,57035	R$	73.683,41	79%	R$	58.209,89	R$ 131.893,30
ago/17	R$	53.661,58	5,437517	7,57035	R$	74.710,01	78%	R$	58.273,81	R$ 132.983,82
set/17	R$	55.416,67	5,456548	7,57035	R$	76.884,43	77%	R$	59.201,01	R$ 136.085,44
out/17	R$	58.003,64	5,46255	7,57035	R$	80.385,14	76%	R$	61.092,71	R$ 141.477,85
nov/17	R$	59.118,34	5,481122	7,57035	R$	81.652,36	75%	R$	61.239,27	R$ 142.891,62
dez/17	R$	61.800,46	5,498661	7,57035	R$	85.084,55	74%	R$	62.962,57	R$ 148.047,12
jan/18	R$	52.141,61	5,517906	7,57035	R$	71.536,24	73%	R$	52.221,45	R$ 123.757,69
fev/18	R$	53.027,62	5,539425	7,57035	R$	72.469,19	72%	R$	52.177,82	R$ 124.647,01
mar/18	R$	56.599,80	5,560474	7,57035	R$	77.058,23	71%	R$	54.711,34	R$ 131.769,58
abr/18	R$	64.312,82	5,566034	7,57035	R$	87.471,72	70%	R$	61.230,20	R$ 148.701,92
mai/18	R$	65.947,41	5,577722	7,57035	R$	89.506,97	69%	R$	61.759,81	R$ 151.266,77
jun/18	R$	74.436,87	5,58553	7,57035	R$	100.888,04	68%	R$	68.603,87	R$ 169.491,90
jul/18	R$	75.887,78	5,647529	7,57035	R$	101.725,38	67%	R$	68.156,01	R$ 169.881,39
ago/18	R$	76.686,25	5,683673	7,57035	R$	102.142,00	66%	R$	67.413,72	R$ 169.555,73
set/18	R$	80.852,03	5,691061	7,57035	R$	107.550,80	65%	R$	69.908,02	R$ 177.458,82
out/18	R$	19.521,53	5,696182	7,57035	R$	25.944,54	64%	R$	16.604,50	R$ 42.549,04
							TOTAL DEVIDO			R$ 10.125.315,26

Última atualização: dezembro/2023

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SQ-67F1-5T2J-3QQQ

Resumo da 2157ª Reunião Sessão Ordinária da 4ª Sessão Legislativa da 26ª (2021 - 2024) (Atual) Legislatura

Lista de Presença da Sessão

CARLA ADRIANA MENDONÇA/PSD

CARLOS ROBERTO RODRIGUES LIMA/PSD

CLAUDIO REIS VILAS BOAS/PTB

EDINAMAR APARECIDA ISETE DA COSTA/PSD

FREDERICK REQUI MENDONÇA/MDB

GERMANO BALTHAZAR BARBOZA/MDB

GILMAR FERNANDES/PSD

GÉLIO JOSÉ PRECIOZO/MDB

LEANDRO PEREIRA GASQUI/AVANTE

MÁRCIO WELLINGTON DA SILVA/MDB

RINALDO GROU GOBBI/SD

Informações Básicas

Tipo da Sessão: Sessão Ordinária

Abertura: 15/02/2024 - 19:36

Encerramento: 15/02/2024 - 21:05

Mesa Diretora

Presidente: CARLOS ROBERTO RODRIGUES LIMA/PP

Vice-Presidente: GILMAR FERNANDES/REP

Primeiro-Secretário: RINALDO GROU GOBBI/SD

Segundo-Secretário: CARLA ADRIANA MENDONÇA/UNIÃO

Correspondências

Expedientes

Abertura da Sessão

EM NOME DE DEUS, DAREMOS INÍCIO À SESSÃO ORDINÁRIA 2157º (DOIS MILÉSIMA CENTÉSIMA QUINQUAGÉSIMA SÉTIMA) DA CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA-SP.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-IK5V-7C19-632Q

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-IK5V-7C19-632Q

Resumo da 2157ª Reunião Sessão Ordinária da 4ª Sessão Legislativa da 26ª (2021 - 2024) (Atual) Legislatura

Discussão e Votação da Ata

APÓS COLOCOU A ATA EM DISCUSSÃO, ATO CONTÍNUO EM VOTAÇÃO. ATA APROVADA.

Início e Chamada Nominal de Presença de Vereadores

ANTES DE INICIAR A SESSÃO, O PRESIDENTE CONVIDOU AOS VEREADORES A FAZEREM A ORAÇÃO DO PAI NOSSO E AVE MARIA, APÓS E DE ACORDO COM ARTIGO 31 DO REGIMENTO INTERNO, O PRESIDENTE SOLICITOU AO PRIMEIRO SECRETÁRIO QUE FIZESSE A CHAMADA DOS VEREADORES PARA INICIARMOS OS TRABALHOS. O 1º SECRETÁRIO ENTÃO RESPONDEU QUE, APÓS VERIFICAR NOMINALMENTE OS VEREADORES, CONSTATOU QUE EXISTIA QUÓRUM LEGAL E PODERIAM DAR INÍCIO AOS TRABALHOS. TAMBÉM ESTAVAM PRESENTES, O ADVOGADO DR. ORLANDO FARINELLI NETO E A DRA. JÉSSICA SILVA FREITAS, DIRETORA ADMINISTRATIVA DA CÂMARA.

Leitura da Ata da Sessão Anterior

ATO CONTÍNUO O PRESIDENTE SOLICITOU AO PRIMEIRO SECRETÁRIO QUE PROCEDESSE A LEITURA DA ATA DA SESSÃO EXTRAORDINÁRIA 2556º (DOIS MILÉSIMA CENTÉSIMA QUINQUAGÉSIMA SEXTA) DE 05/02/2.024 DESTA CASA DE LEIS. A VEREADORA DRA. EDINAMAR ENTÃO SOLICITOU A DISPENSA DA LEITURA DA ATA TENDO EM VISTA QUE TODOS OS VEREADORES JÁ RECEBERAM ANTECIPADAMENTE. ENTÃO O PRESIDENTE COLOCOU O PEDIDO DA VEREADORA DRA. EDINAMAR EM DISCUSSÃO. APÓS EM VOTAÇÃO. APROVADO.

Leitura de trecho da Bíblia Sagrada

O PRESIDENTE SOLICITOU AO EDIL CLAUDIO REIS, QUE PROCEDESSE A LEITURA DE UMA PASSAGEM DA BÍBLIA SAGRADA.

Matérias do Expediente

Matéria	Ementa	Resultado da Votação
1 - OFRES Ofício de Resposta do Executivo Municipal 6/2024 **Turno:** **Autor:** José Ricardo Rodrigues Mattar	OF. RESP. AO REQUERIMENTO 155/2023 DO VEREADOR RINALDO.	**Matéria lida**
2 - OFRES Ofício de Resposta do Executivo Municipal 30/2024 **Turno:** **Autor:** José Ricardo Rodrigues Mattar	OF. RESP. AO REQUERIMENTO 156/2023 DA VEREADORA DRA. EDINAMAR.	**Matéria lida**
3 - OFRES Ofício de Resposta do Executivo Municipal 31/2024 **Turno:** **Autor:** José Ricardo Rodrigues Mattar	OF. RESP. AO REQUERIMENTO 157/2023 DO VEREADORA DRA. EDINAMAR.	**Matéria lida**

Resumo da 2157ª Reunião Sessão Ordinária da 4ª Sessão Legislativa da 26ª (2021 - 2024) (Atual) Legislatura

Matéria	Ementa	Resultado da Votação
4 - OFRES Ofício de Resposta do Executivo Municipal 33/2024 **Turno:** **Autor:** José Ricardo Rodrigues Mattar	OF. RESP. AO REQUERIMENTO 140/2023 DO VEREADOR RINALDO.	**Matéria lida**
5 - OFRES Ofício de Resposta do Executivo Municipal 34/2024 **Turno:** **Autor:** José Ricardo Rodrigues Mattar	OF. RESP. AO REQUERIMENTO 158/2023 DA VEREADOR DRA. EDINAMAR.	**Matéria lida**
6 - OFRES Ofício de Resposta do Executivo Municipal 36/2024 **Turno:** **Autor:** José Ricardo Rodrigues Mattar	OF. RESP. AO REQUERIMENTO 078/2023 DO VEREADOR FREDERICK.	**Matéria lida**
7 - OFRES Ofício de Resposta do Executivo Municipal 39/2024 **Turno:** **Autor:** José Ricardo Rodrigues Mattar	OF. RESP. AO REQUERIMENTO 077/2023 DO VEREADOR FREDERICK.	**Matéria lida**
8 - OFRES Ofício de Resposta do Executivo Municipal 42/2024 **Turno:** **Autor:** José Ricardo Rodrigues Mattar	OF. RESP. AO REQUERIMENTO 160/2023 DO VEREADORA DRA. EDINAMAR.	**Matéria lida**
9 - ANTPR Anteprojeto 1/2024 **Turno:** **Autor:** RINALDO GROU GOBBI	INSTITUI NO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA A NECESSIDADE DA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE SUPLEMENTOS VITAMINICOS EM PÓ, SEM SABOR, A MAIORES DE 60 ANOS DE IDADE, RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA.	**Matéria lida**
10 - IND Indicação 4/2024 **Turno:** **Autor:** FREDERICK REQUI MENDONÇA	SOLICITA DO EXECUTIVO QUE ISTITUA O PROGRAMA DE INCENTIVO A REGULARIZAÇÃO DE DÉBITOS, CONHECIDO COMO REFIS, JUNTO AO MUNICIPIO DE IGARAPAVA.	**Matéria lida**
11 - IND Indicação 9/2024 **Turno:** **Autor:** RINALDO GROU GOBBI	SOLICITA A LIMPEZA E ILUMINAÇÃO NAS LATERAIS DA ESTRADA QUE LIGA O BAIRRO RICARDO BOZOLA AO JARDIM BOTÂNICO.	**Matéria lida**
12 - IND Indicação 10/2024 **Turno:** **Autor:** RINALDO GROU GOBBI	SOLICITA A MANUTENÇÃO E LIMPEZA DA PRAÇA DA AMIZADE "SERGIO GARCIA".	**Matéria lida**
13 - IND Indicação 11/2024 **Turno:** **Autor:** RINALDO GROU GOBBI	SOLICITA AO CONCESSÃO DE AUMENTO AO PRÊMIO DE ASSIDUIDADE INSTITUIDA A FAVOR DOS PROFISSIONAIS DO MAGISTÉRIO.	**Matéria lida**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-IK5V-7C19-632Q

Resumo da 2157ª Reunião Sessão Ordinária da 4ª Sessão Legislativa da 26ª (2021 - 2024) (Atual) Legislatura

Matéria	Ementa	Resultado da Votação
14 - IND Indicação 12/2024 **Turno:** **Autor:** RINALDO GROU GOBBI	REITERA SUA INDICAÇÕES SOBRE A LIMPEZA DAS MARGENS DO CÓRREGO SANTA RITA ENTRE AS RUAS CEL. JOSÉ ALVES FERREIRA E AV. DR. PEREIRA REBOUÇAS.	**Matéria lida**
15 - IND Indicação 15/2024 **Turno:** **Autor:** RINALDO GROU GOBBI	SOLICITA A LIMPEZA E CORTE DO MATO ENTRE A RUA JOAQUINA ANGÉLICA FERREIRA, TRECHO ENTRE A ESCOLA PROF. BIZUTTI ATÉ O BAIRRO ALCEU MOLINA.	**Matéria lida**
16 - PDL Projeto de Decreto Legislativo 1/2024 **Turno:** **Autores:** CARLA ADRIANA MENDONÇA, CARLOS ROBERTO RODRIGUES LIMA, EDINAMAR APARECIDA ISETE DA COSTA, FREDERICK REQUI MENDONÇA, GILMAR FERNANDES, RINALDO GROU GOBBI	CONCEDE TÍTULO DE CIDADANIA IGARAPAVENSE AO SR. JOSÉ DOS PASSOS VIEIRA.	**Matéria lida**
17 - PLL Projeto de Lei do Legislativo 2/2024 **Turno:** **Autor:** FREDERICK REQUI MENDONÇA	DENOMINA LOGRADOURO PÚBLICO MUNICIPAL COMO RUA EDNA MARIA DE SOUZA ZANQUETTA.	**Matéria lida**
18 - REQLE Requerimento Legislativo 2/2024 **Turno:** **Autor:** CARLA ADRIANA MENDONÇA	REQUER INFORMAÇÕES SOBRE O ANTEPROJETO DE LEI 005/2022, PROPONDO ACRESCENTAR O PARÁGRAFO 2º AO ARTIGO 2º DA LEI 431/2010.	**Aprovado**
19 - ATCOM Ata das Comissões 4/2024 **Turno:** **Autor:** CJRFOR - Comissão Conjunta de Justiça e Redação - Finanças e Orçamento	ATA DA REUNIÃO DAS COMISSÕES DE 15/02/2024.	**Matéria lida**
20 - REQVB Requerimento Verbal 7/2024 **Turno:** **Autor:** EDINAMAR APARECIDA ISETE DA COSTA	NESTE MOMENTO A EDIL DRA. EDINAMAR REQUEREU QUE: “DIANTE DA IMPORTÂNCIA DAS MATÉRIAS E COM BASE NO ARTIGO 154, PARÁGRAFO SEGUNDO DO REGIMENTO INTERNO, FOSSE DISPENSADO O INTERSTÍCIO PARA QUE O PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO 002/2024, O PROJETO DE LEI 048/2023 DO EXECUTIVO E OS VETOS ÀS EMENDAS SUBSTITUTIVA 034/2023 E SUPRESSIVA 035/2023, FOSSEM COLOCADOS NA ORDEM DO DIA DA PRESENTE SESSÃO EM DISCUSSÃO E VOTAÇÃO ÚNICA.	**Aprovado** APÓS A APROVAÇÃO DO REQUERIMENTO VERBAL DA VEREADORA DRA. EDINAMAR O PRESIDENTE COLOCOU O PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO 002/2024, O PROJETO DE LEI 048/2023 DO EXECUTIVO E OS VETOS INTEGRAIS ÀS EMENDAS SUBSTITUTIVA 034/2023 E SUPRESSIVA 035/2023, NA ORDEM DO DIA DA PRESENTE SESSÃO EM DISCUSSÃO E VOTAÇÃO ÚNICA.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-IK5V-7C19-632Q

Resumo da 2157ª Reunião Sessão Ordinária da 4ª Sessão Legislativa da 26ª (2021 - 2024) (Atual) Legislatura

Oradores do Expediente

Nº da Ordem	Parlamentar	Observação
1	FREDERICK REQUI MENDONÇA/REP	*PALAVRA LIVRE DE 0:42:48 ATÉ 0:49:34.*

Lista de Presença da Ordem do Dia

CARLA ADRIANA MENDONÇA/PSD

CARLOS ROBERTO RODRIGUES LIMA/PSD

CLAUDIO REIS VILAS BOAS/PTB

EDINAMAR APARECIDA ISETE DA COSTA/PSD

FREDERICK REQUI MENDONÇA/MDB

GERMANO BALTHAZAR BARBOZA/MDB

GILMAR FERNANDES/PSD

GÉLIO JOSÉ PRECIOZO/MDB

LEANDRO PEREIRA GASQUI/AVANTE

MÁRCIO WELLINGTON DA SILVA/MDB

RINALDO GROU GOBBI/SD

Matérias da Ordem do Dia

Matéria	Ementa	Resultado da Votação
1 - PLO Projeto de Lei Ordinária 48/2023 **Turno:** **Autor:** José Ricardo Rodrigues Mattar	DISPÕE SOBRE O PARCELAMENTO DE DÉBITOS PREVIDÊNCIÁRIOS DO MUNICIPIO DE IGARAPAVA COM O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - PREVIGARAPAVA.	**Rejeitada** O PROJETO OBTEVE 5 VOTOS FAVORÁVEIS E 5 VOTOS CONTRÁRIOS, SENDO QUE COUBE AO PRESIDENTE O DESEMPATE, ELE ENTÃO VOTOU CONTRÁRIO AO PROJETO, PORTANTO O PROJETO FOI REJEITADO.
2 - VISTA SOLICITAÇÃO DE VISTAS PELO VEREADOR 1/2024 **Turno:** **Autor:** MÁRCIO WELLINGTON DA SILVA	PEDIDO DE VISTAS DO VEREADOR DR. MARCIO AO PROJETO DE LEI 048/2023 DO EXECUTIVO.	**Rejeitada** APÓS O PRESIDENTE COLOCAR O PROJETO DE LEI 048/2023 DO EXECUTIVO EM DISCUSSÃO, O VEREADOR DR. MARCIO, PEDIU VISTAS A ELE. O PEDIDO FOI DISCUTIDO E OBTEVE 5 VOTOS FAVORÁVEIS 5 CONTRÁRIOS, ONDE COUBE AO PRESIDENTE O DESEMPATE E ELE VOTOU CONTRA O PEDIDO DE VISTAS, PORTANTO SENDO REJEITADO.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-IK5V-7C19-632Q

Resumo da 2157ª Reunião Sessão Ordinária da 4ª Sessão Legislativa da 26ª (2021 - 2024) (Atual) Legislatura

Matéria	Ementa	Resultado da Votação
3 - PDL Projeto de Decreto Legislativo 2/2024 **Turno:** **Autor:** CARLA ADRIANA MENDONÇA	CONCEDE TÍTULO DE CIDADANIA IGARAPAVENSE AO SR. JESSE DA SILVA RODRIGUES.	**Aprovado**
4 - VETO Veto do Executivo 2/2024 **Turno:** **Autor:** Desconhecido	VETO INTEGRAL À EMENDA SUBSTITUTIVA 034/2023 E À EMENDA SUPRESSIVA 035/2023 QUE ALTERARAM O PROJ. DE LEI 040/2023 DO EXECUTIVO.	**Rejeitada** FORAM 05 VOTOS FAVORÁVEIS À MANUTENÇÃO DOS VETOS E 05 VOTOS CONTRÁRIOS AOS VETOS, PORTANTO COUBE AO PRESIDENTE DESEMPATAR E ELE FOI CONTRÁRIO AOS VETOS, PORTANTO OS VETOS FORAM REJEITADOS.
5 - REQVB Requerimento Verbal 8/2024 **Turno:** **Autor:** EDINAMAR APARECIDA ISETE DA COSTA	NESTE MOMENTO A EDIL DRA. EDINAMAR SOLICITOU A DISPENSA DA PUBLICAÇÃO DA REDAÇÃO FINAL DO PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO 002/2023, NOS TERMOS DO ARTIGO 185 DO REGIMENTO INTERNO.	**Aprovado**
6 - RFP Redação Final Projetos 4/2024 **Turno:** **Autor:** CARLOS ROBERTO RODRIGUES LIMA	APÓS A APROVAÇÃO DO PEDIDO VERBAL DA VEREADORA DRA. EDINAMAR, O PRESIDENTE COLOCOU EM DISCUSSÃO A REDAÇÃO FINAL DO PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO 002/2023, NOS TERMOS DO ARTIGO 185 DO REGIMENTO INTERNO. APÓS ELE COLOCOU EM VOTAÇÃO A REDAÇÃO FINAL DO PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO 002/2023, NOS TERMOS DO ARTIGO 185 DO REGIMENTO INTERNO. REDAÇÃO FINAL DO DECRETO APROVADA.	**Aprovado**

Oradores das Explicações Pessoais

Ocorrências da Sessão

Conteúdo Multimídia

Multimídia Audio: https://www.igarapava.sp.leg.br/institucional/audios/audio-da-sessao-ordinaria-de-15-02-2024?e=.mp3

Multimídia Video: https://www.youtube.com/watch?v=XFvkkgMvCNM

Considerações Finais

2157ª Sessão Ordinária da 4ª Sessão Legislativa da 26ª Legislatura - NADA MAIS HAVENDO A SER TRATADO, O PRESIDENTE AGRADECEU A PRESENÇA DE TODOS, E DECLAROU ENCERRADA A PRESENTE SESSÃO.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TX-IK5V-7C19-632Q

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413-CENTRO – CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 7200

Igarapava/SP 16 de novembro de 2023

Of. 949/2023.

Ref.: Projeto de Lei nº 48

Senhor Presidente e demais edis.

Temos a honra de encaminhar em anexo o Projeto de Lei nº 48 de 16 de novembro de 2023, que ***"Autoriza o parcelamento de débitos previdenciários do Município de Igarapava com o Instituto de Previdência Municipal de Igarapava – PREVIGARAPAVA".***

Agradecemos antecipadamente a acolhida e a atenção dispensada, colocando nos ao seu inteiro dispor, assim como dos demais nobres vereadores que integram esse Egrégio Poder Legislativo, para dirimir quaisquer dúvidas que porventura possam surgir a respeito do Projeto de Lei em questão.

Aproveitamos o ensejo para externar a Vossa Excelência nossos protestos de elevada estima e consideração

Atenciosamente,

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Câmara Municipal de Igarapava
Jailso Carlos Izidoro
Chefe de Secretaria

A SUA EXCELÊNCIA,
SR. FREDERICK REQUI MENDONÇA.
PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

JUSTIFICATIVA

Cumpre ressaltar atual Gestão, sempre buscou honrar com os compromisso frente administração pública, vale lembrar as dificuldades financeiras que este ano, o recursos financeiros não vem acompanhando os gastos públicos, sendo assi surpreendidos por uma grave crise financeira.

Como sabemos os Servidores Públicos Municipal encontram – se resguardado no RPPS – Regime Próprio de Previdência Social, criado pela Lei nº 357 de 13 d novembro de 2008.

Assim desde sua Criação dos anos de 2009 a 2012, foram repassados ao Institut de Previdência Municipal de Igarapava – PREVIGARAPAVA, a quantia de **R$ 9.333.598,58 (nove milhões, trezentos e trinta e três mil, quinhentos e noventa e oit reais e cinquenta e oito centavos)**. Desse valor, **R$. 994.386,49 (novecentos e noventa e quatro mil reais, trezentos e oitenta e seis reais e quarenta e nove centavos) são referentes a parcelamentos e R$. 8.339.212,09 (oito milhões, trezentos e trinta e nov mil, duzentos e doze reais e nove centavos) são referentes a repasses à título d recolhimento de contribuição patronal.**

Já na gestão passada, entre os anos de **2013 a 2016, o repasse foi de apenas R$ 3.985.813,76 (três milhões, novecentos e oitenta e cinco mil, oitocentos e treze reais setenta e seis centavos), divididos entre parcelamentos no valor de R$. 1.989.999,1 (um milhão, novecentos e oitenta e nove mil, novecentos e noventa e nove reais dezesseis centavos), e recolhimento de contribuição patronal no valor de R$ 1.995.814,60 (um milhão, novecentos e noventa e cinco mil, oitocentos e quatorze reai e sessenta centavos).**

Nos primeiros quatro anos da gestão atual, qual seja, 2017 a 2020, **somente d parcelamento** de dívidas de gestão anteriores, foram **pagos, R$.8.419.651,30 (oit milhões, quatrocentos e dezenove mil, seiscentos e cinquenta e um reais e trint centavos)**. O recolhimento de **contribuição patronal totalizou R$. 15.634.187,9 (quinze milhões, seiscentos e trinta e quatro mil, cento e oitenta e sete reais e noventa e um centavos).**

No período de 2021 até 2023, foram **pagos** até agora, a título de parcelamento **R$. 16.210.120,16 (dezesseis milhões, duzentos e dez mil, cento e vinte reais dezesseis centavos)**. O recolhimento de **contribuição patronal já soma R$ 13.432.334,09 (treze milhões, quatrocentos e trinta e dois mil, trezentos e trinta quatro reais e nove centavos)**. Este ano foram pagos a título de aporte a importância d **R$. 2.480.755,42 (dois milhões, quatrocentos e oitenta mil, setecentos e cinquenta cinco reais e quarenta e dois centavos), a título de Aporte para Cobertura de Déficit Atuarial.**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1.

Somados os repasses desde 2017, eles totalizam R$. 69.338.273,69 (sessenta e nove milhões, trezentos e trinta e oito mil, duzentos e setenta e três reais e sessenta nove centavos).

Diante todo o período da gestão está cumprindo com os compromissos, ademais o referido parcelamento, ressalta-se, que o parcelamento do aporte, se faz necessário pelos efeitos nos aspectos econômico-financeiro, no âmbito da administração pública não possuindo em caixa saldo financeiro para pagamento da importância de aporte.

Desta forma, ingressamos com o referido Projeto de Lei, para fins d parcelamento do aporte financeiro referente ao déficit atuarial.

Estamos a disposição para maiores esclarecimentos, os quais se fizeren necessários.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA/SP

Igarapava/SP, em 16 de novembro de 2023.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR

PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

Repasses ao Instituto de Previdência de Igarapava

Meses	Valor Devido	Valor Pago	Diferença
jan/23	602.783,63	496.551,30	106.232,33
fev/23	602.783,63	496.551,03	106.232,60
mar/23	602.783,63	495.551,03	107.232,60
abr/23	602.783,63	495.551,03	107.232,60
mai/23	602.783,63	496.551,03	106.232,60
jun/23	602.783,63	-	602.783,63
jul/23	602.783,63	-	602.783,63
ago/23	602.783,63	-	602.783,63
set/23	602.783,63	-	602.783,63
out/23	602.783,63	-	602.783,63
nov/23	602.783,63	-	602.783,63
dez/23	602.783,63	-	602.783,63
Total	**7.233.403,53**	**2.480.755,42**	**4.752.648,11**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

Repasses ao Instituto de Previdência de Igarapava

Pagamentos do PREVI - 1ª Gestão					
Tipo	2017	2018	2.019	2.020	Total
Parcelamento	-	2.677.276,26	2.844.496,54	2.897.878,50	8.419.651,30
Patronal	1.860.690,82	3.794.084,73	6.376.097,05	3.603.315,31	15.634.187,91
Aporte	-	-	-	1.229.711,50	1.229.711,50
	-	-	-	-	-
	1.860.690,82	6.471.360,99	9.220.593,59	7.730.905,31	25.283.550,71

Pagamentos do PREVI - 2ª Gestão					
Tipo	2021	2022	2.023	2.024	Total
Parcelamento	4.714.172,19	6.395.929,61	5.100.018,36	-	16.210.120,16
Patronal	3.206.822,83	4.891.099,24	5.334.412,02	-	13.432.334,09
Aporte	4.783.737,61	5.409.891,51	4.218.639,61	-	14.412.268,73
	-	-	-	-	-
	12.704.732,63	16.696.920,36	14.653.069,99	-	44.054.722,98

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Rua Dr Gabriel Vilela, 413
45.324.290/0001-67 Exercício: 2023

EMPENHOS PAGOS

Data	Emp/Sub	Tipo	Ficha	Local	Funcional	Categ	Plano TCE	Descrição	Vinc. Grupo	Vinc.Código:	Fte. Grupo	Fte. Código	Ordem Pgto	PAGA
Cod: **5105**		INST PREVIDENCIA MUN IGARAPAVA											CNPJ/CPF 10.959.076/0001-00	
ORÇAMENTÁRIA														
09/02/2023	01374 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	00942	496.551
09/02/2023	01375 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	00943	496.551
14/04/2023	04133 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	02818	138.801
14/04/2023	04134 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	02818	67.442
17/05/2023	06291 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	03790	496.551
17/05/2023	06292 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	03790	496.551
19/05/2023	06116 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	03947	42.025
19/05/2023	06117 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	03947	42.025
19/05/2023	06118 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	03947	42.025
19/05/2023	06151 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	03947	138.801
19/05/2023	06153 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	03947	67.442
19/06/2023	03066 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	04986	496.551
19/06/2023	07694 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	04997	67.442
19/06/2023	07696 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	04997	138.801
18/07/2023	08983 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	05823	138.801
18/07/2023	08988 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	05823	67.442
20/07/2023	09210 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	05927	42.025
09/08/2023	10437 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	06721	42.025
18/08/2023	10547 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	06988	138.801
18/08/2023	10550 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	06988	67.442
04/10/2023	12601 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	09089	138.801
04/10/2023	12603 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	09089	67.442
04/10/2023	12724 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	09089	42.025
01/11/2023	14127 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	10028	42.025
01/11/2023	14147 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	10028	138.801
01/11/2023	14208 /001	OR	156	020302	04.122.0076.2310.0000 PROC LICIT:	3.3.91.97.00		APORTE PARA COBERTURA DO DÉ	110	000	01	00	10028	67.442
TOTAL ORÇAMENTÁRIO														4.218.639,61
TOTAL DO FORNECEDOR														4.218.639,61
TOTAL GERAL														4.218.639,61

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413-CENTRO – CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 7200

IGARAPAVA/SP, 27 DE NOVEMBRO DE 2023.

Of. 968/2023.
Assunto: Apresentação de projeto substitutivo.

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Dirijo-me a Vossa Excelência, com os mais cordiais cumprimentos, para encaminhar o substitutivo do projeto de lei nº 48 de 16 de novembro de 2023, "***DISPÕE SOBRE O PARCELAMENTO DE DÉBITOS PREVIDENCIÁRIOS DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA COM O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA – PREVIGARAPAVA***".

O pedido de substituição tem seu embasamento no artigo 161, parágrafo 6º, do Regimento Interno da Câmara Municipal de Igarapava-SP, que estabelece o seguinte teor:

> *"Art. 161. Ressalvada a hipótese de estar a proposição em Regime de Urgência Especial ou quando assinados pela maioria absoluta da Câmara, não serão recebidos pela Mesa, substitutivo, emendas ou subemendas, quando a mesma estiver sendo discutida em Plenário no início da sessão, para fins de publicação.*
> ...
> *§ 6º - O Prefeito poderá propor alterações aos projetos de sua iniciativa enquanto a matéria estiver na dependência do parecer de qualquer das Comissões.*

Aproveitamos esta oportunidade para expressar a Vossa Excelência os nossos protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente.

JOSE RICARDO RODRIGUES
Assinado de forma digital por JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR:16207012860

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

A SUA EXCELÊNCIA O SENHOR FREDERICK REQUI MENDONÇA
M.D., PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES.

Protocolo 27/11/23 15:19
Câmara Municipal de Igarapava
CNPJ 60.263.409/0001-60

Câmara Municipal de Igarapava
Silvia Maria Carrer
Assessora da Presidência

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

Prefeitura Municipal de Igarapava

JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR:16207012860
Assinado de forma digital por JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR:16207012860
Versão do Adobe Acrobat Reader: 2023.006.20380

PROJETO DE LEI Nº 48 DE 16 DE NOVEMBRO DE 2023

"DISPÕE SOBRE O PARCELAMENTO DE DÉBITOS PREVIDENCIÁRIOS DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA COM O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA – PREVIGARAPAVA".

DR. JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, Prefeito Municipal de Igarapava, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas por Lei:

FAZ SABER QUE:

Art. 1. Fica autorizado o parcelamento dos aportes mensais que visam o equacionamento do déficit atuarial, estabelecidos no Decreto 2.744, de 31 de julho de 2023, devidos e não repassados pelo Município ao Regime Próprio de Previdência Social – RPPS, das competências de Junho e Dezembro de 2023, no valor mensal de R$ 4.752.648,11 (quatro milhões e setecentos e cinquenta e dois mil e seiscentos e quarenta e oito reais e onze centavos), em **60 (sessenta)** prestações mensais, iguais e consecutivas, no valor de **R$ 79.210,00 (setenta e nove mil e duzentos e dez reais)**, nos termos da Constituição Federal de 1988.

Parágrafo único. É vedado o parcelamento, para o período a que se refere o caput deste artigo, de débitos oriundos de contribuições previdenciárias descontadas dos segurados ativos, aposentados e pensionistas e de débitos não decorrentes de contribuições previdenciárias.

Art. 2. Para apuração do montante devido os valores originais [illegible] pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR:16207012860

Assinado de forma digital por JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR:16207012860
Versão do Adobe Acrobat Reader: 2023.006.20380

IPCA/IBGE, e multa de 2% (dois por cento) acumulados desde a data de vencimento até a data da assinatura do termo de acordo de parcelamento.

Parágrafo Primeiro – As prestações vincendas serão atualizadas mensalmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, acrescido de juros simples de 0,5% (meio por cento) ao mês, acumulados desde a data de consolidação do montante devido no termo de acordo de parcelamento até o mês do pagamento.

Parágrafo Segundo – As prestações vencidas serão atualizadas mensalmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, acrescido de juros simples de 0,5% (meio por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento), acumulados desde a data de vencimento da prestação até o mês do efetivo pagamento.

Art. 3. Fica autorizada a vinculação do Fundo de Participação dos Municípios - FPM como garantia das prestações acordadas no termo de parcelamento, não pagas no seu vencimento.

Parágrafo único. A garantia de vinculação do FPM deverá constar de cláusula do termo de parcelamento e de autorização fornecida ao agente financeiro responsável pelo repasse das cotas, e vigorará até a quitação do termo.

Art. 4. As despesas com a execução desta Lei correrão no ano corrente por conta das dotações consignadas no orçamento vigente, suplementada se necessário, sendo que nos exercícios seguintes se farão as previsões necessárias para o pagamento das parcelas vencíveis nos respectivos períodos para fazer "jus" ao acordo autorizado por esta Lei.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR:16207012860
Assinado de forma digital por JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR:16207012860
Versão do Adobe Acrobat Reader: 2023.006.20380

Art. 5. O Poder Executivo poderá regulamentar a presente lei, caso necessário no prazo de 90 dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 6. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GOVERNO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Aos dezesseis de novembro de dois mil e três.

JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR:16207012860
Assinado de forma digital por JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR:16207012860
Versão do Adobe Acrobat Reader: 2023.006.20380

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR

PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413-CENTRO – CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 8200

Igarapava/SP, 08 de dezembro de 2023.

Ofício nº 1007/2023.
Assunto: Encaminhamento do Impacto do Projeto de Lei Ordinário nº 48/2023.

Excelentíssimo Presidente da Câmara,

Venho por meio deste, requerer a inclusão do estudo de impacto financeiro ao projeto de lei ordinária nº 48/2023, que versa sobre o tema "DISPÕE SOBRE O PARCELAMENTO DE DÉBITOS PREVIDÊNCIÁRIOS DO MUNICIPIO DE IGARAPAVA COM O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - PREVIGARAPAVA, ressaltamos o pedido de aprovação deste projeto de lei.

Agradecemos antecipadamente a acolhida e a atenção dispensada, colocando ao seu inteiro dispor, assim como dos demais nobres vereadores que integram esse Egrégio Poder Legislativo, para dirimir quaisquer dúvidas que porventura possam surgir a respeito do Projeto de Lei em questão.

Aproveitamos o ensejo para externar a Vossa Excelência nossos protesto de elevada estima e consideração

Atenciosamente.

JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR:16207012860
Assinado de forma digital por JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR:16207012860
Versão do Adobe Acrobat Reader: 2023.006.20380

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Protocolo 08/12/23 16:00hs
Câmara Municipal de Igarapava
60.2[illegible]/0001-60

Câmara Municipal de Igarapava
Silvia Maria Carrer
Assessora da Presidência

A SUA EXCELÊNCIA, AO SENHOR
FREDERICK REQUI MENDONÇA
M.D. PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

PROCESSO ADMINISTRATIVO	
Estimativa de Impacto Orçamentário Financeiro Art.16 – L.R.F.	
EVENTO - LRF, Art. 16, "caput".	( ) Criação (X) Expansão ( ) Aperfeiçoamento
PARCELAMENTO PREVIDENCIÁRIO	
INDICAÇÃO LEGISLAÇÃO ORÇAMENTÁRIA VIGENTE	ORIGEM DOS RECURSOS LRF, Art. 17, § 2º.
PPA - Plano Plurianual - Lei nº 998/2021 de 2022 a 2025	(x) Previsão Orçam. Inicial
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias - Lei nº 1.108/2023	( ) Crédito Adicional
LOA - Lei Orçamentária Anual - Lei nº 1.085/2022	( ) Superávit Exercício Anterior

PREMISSAS E METODOLOGIA DE CÁLCULO – LRF - Art. 16, § 2º.

Conforme os diplomas legais acima mencionados, existe previsão para a despesa do gênero. Com efeito, tomamos a iniciativa de formalizar este processo administrativo que tem como objetivo cumprir os pressupostos do art. 16 da Lei de Responsabilidade Fiscal, no que concerne à estimativa do impacto financeiro e orçamentário dessa operação, juntando, para tal, os documentos que o instrui, cuja permissão e metodologia estão fundamentadas da seguinte forma:

1) Relativamente ao impacto financeiro e orçamentário do exercício em que a despesa venha a se iniciar, foi tomada por base a previsão integral da receita para o respectivo exercício, não computando superávit financeiro do exercício anterior, visto não estar fechado do Balanço Patrimonial de 2023.

2) Com relação aos dois exercícios subsequentes, foram computadas apenas as despesas decorrentes da manutenção de novas ações propostas nos termos da Lei.

3) Em Receita Prevista (B) utilizou-se a Receita Prevista no Orçamento para 2024. Nos anos subsequentes utilizou-se como base o orçamento do ano anterior inflacionando-o em 3,5% (Expectativa de Mercado IPCA, Boletim FOCUS 01/12/2023) deduzindo a receita da outorga da SABESP.

4) Com relação a previsão da RCL (C), para 2024 utilizou-se a RCL prevista no orçamento. Nos anos subsequentes utilizou-se como base o orçamento do ano anterior inflacionando-o em 3,5% (Expectativa de Mercado IPCA, Boletim FOCUS 01/12/2023) deduzindo a receita da outorga da SABESP.

5) **Em Custo da Nova Despesa (E) calculou-se o custo anual do parcelamento da dívida previdenciária decorrente do Projeto de Lei nº 48, de 16 de novembro de 2023.** Considerou-se 12 meses para 2024 (início em janeiro), 2025, 2026, 2027 e 2028.

6) No item (F) calculou-se a estimativa do Impacto Financeiro (incremento), em percentual, sobre a Receita Corrente Líquida.

7) No item (G) calculou-se a estimativa do Impacto Financeiro (incremento), em percentual, sobre a Disponibilidade Financeira.

Descrição	2024	2025	2026	2027	2028
(A) Superávit financeiro do exercício anterior R$	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
(B) Receita prevista no orçamento R$	243.174.300,00	227.185.400,50	235.136.889,52	243.366.680,65	251.884.514,4
(C) RCL prevista no orçamento R$	201.441.800,00	183.992.263,00	190.431.992,21	197.097.111,93	203.995.510,8
(D) (A+B) Disp. Financ. p/ Despesas Fixadas no Orçamento. R$	**243.174.300,00**	**227.185.400,50**	**235.136.889,52**	**243.366.680,65**	**251.884.514,4**
(E) Custo da nova despesa "Incremento" no ano.	**950.529,42**	**950.529,42**	**950.529,42**	**950.529,42**	**950.529,4**
(F) (E/C) Estim. do impacto Financeiro "Incremento" sobre RCL (%)	0,4719%	0,5166%	0,4991%	0,4823%	0,4660
(G) (E/D) Estim. do impacto orçamentário "Incremento" sobre Disponibilidade Financeira (%)	0,3909%	0,4184%	0,4042%	0,3906%	0,3774

Igarapava, 06 de dezembro de 2023

PREFEITO MUNICIPAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

DESPACHO ADMINISTRATIVO - (LRF, art. 16, inciso I).

Visto. De acordo com presente procedimento administrativo e ratificando-o integralmente, determino que deste faça parte a declaração abaixo, na forma do art. 16, inciso I, da LRF, reputando, cumpridas as formalidades legais.

Igarapava, 06 de dezembro de 2023

PREFEITO MUNICIPAL

DECLARAÇÃO DO ORDENADOR DE DESPESAS - (LRF, art. 16, inciso II).

Na qualidade de ordenador de despesas, DECLARO que o presente gasto tem suficiente dotação orçamentária, firme e consistente expectativa de suporte de caixa e possui compatibilidade com o PPA - Plano Plurianual e com a LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias vigentes.

Igarapava, 06 de dezembro de 2023

PREFEITO MUNICIPAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

ANEXO I - PARCELAMENTO DÍVIDA PREVIDENCIÁRIA			
Valor Dívida Previdenciária (a)	Quantidade Parcelas (b)	Valor da Parcela (c) = (a/b)	Valor Anual (d) = (c*12)
4.752.647,11	60	79.210,79	950.529,42
TOTAL	60	79.210,79	950.529,42

PARCELAMENTO PREVIDENCIÁRIO	
Incremento mês	79.210,79
Incremento Anual (12 meses)	950.529,42
TOTAL GERAL 2024, 2025, 2026, 2027 e 2028	950.529,42

Igarapava, 06 de dezembro de 2023

PREFEITO MUNICIPAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413-CENTRO – CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 7200

Igarapava/SP, 18 de dezembro de 2023.

Ofício nº. 1.034/2023.
Pedido de Inclusão do Projeto de Lei Ordinária nº 48/2023 – Caráter de Urgência.

Exmo. Sr. Presidente.

Temos a honra de submeter para deliberação e apreciação dessa Augusta Casa de Leis, o Projeto de Lei nº 48 / 2023 que **"DISPÕE SOBRE O PARCELAMENTO DE DÉBITOS PREVIDENCIÁRIOS DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA COM O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA – PREVIGARAPAVA"**, nos seguintes termos abaixo:

CONSIDERANDO, os compromissos perante a administração pública, apesar das dificuldades financeiras decorrentes da falta de recursos que não acompanham os gastos públicos, resultando em uma grave crise financeira. Os Servidores Públicos Municipais estão protegidos pelo Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), estabelecido pela Lei nº 357 de 13 de novembro de 2008.

CONSIDERANDO, que desde a criação do RPPS em 2009 até 2012, a gestão atual repassou ao Instituto de Previdência Municipal de Igarapava (PREVIGARAPAVA) um total de R$ 9.333.598,58. Desse montante, R$ 994.386,49 referem-se a parcelamentos, e R$ 8.339.212,09 são referentes a repasses de contribuição patronal.

CONSIDERANDO, que a gestão anterior, de 2013 a 2016, o repasse foi significativamente menor, totalizando R$ 3.985.813,76, divididos entre parcelamentos (R$ 1.989.999,16) e contribuição patronal (R$ 1.995.814,60).

CONSIDERANDO, que nos primeiros quatro anos da gestão atual (2017 a 2020), houve um esforço considerável para quitar dívidas de gestões anteriores, totalizando R$ 8.419.651,30 em parcelamentos e R$ 15.634.187,91 em contribuição patronal.

CONSIDERANDO, que no período de 2021 até 2023, foram pagos R$ 16.210.120,16 em parcelamentos e R$ 13.432.334,09 em contribuição patronal. Somente neste ano, foi feito um aporte de R$ 2.480.755,42 para cobertura de déficit atuarial.

CONSIDERANDO, que todos os repasses desde 2017, o montante totaliza R$ 69.338.273,69. A gestão destaca que o parcelamento do aporte se torna necessário devido aos impactos nos aspectos econômico-financeiros, evidenciando a falta de saldo financeiro em caixa para o pagamento integral do aporte.

Protocolo 19/12/23 15:40hs
Câmara Municipal de Igarapava
CNPJ 60.203.409/0001-60

Câmara Municipal de Igarapava
Silvia Maria Carrer
Assessora da Presidência

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413-CENTRO – CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 7200

Requeremos, que a presente projeto de lei que visa aprovação cuja emenda "DISPÕE SOBRE O PARCELAMENTO DE DÉBITOS PREVIDENCIÁRIOS DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA COM O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA – PREVIGARAPAVA", venha ser colocado em sessão extraordinário, conforme preconiza o artigo 49 do Regimento interno, reuniões extraordinárias devem ser convocadas com pelo menos 24 horas de antecedência, para alcançar seus objetivos, maioria dos membros da Comissão delibere o contrário.

Renovamos a Vossa Excelência, nossa distinta consideração e estima, certo da aprovação deste projeto pelas razões expostas.

Atenciosamente.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Prefeito Municipal

A SUA EXCELÊNCIA,
SR. FREDERICK REQUI MENDONÇA.
PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SE-G33T-7CGW-2GB1

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UR-E4AS-6GFJ-6AA9

Art. 10. Para efeito de tributação do Imposto Territorial Urbano será tomado como parâmetro as regras previstas no setor competente.

Art. 11. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA/SP
Igarapava/SP, em 31 de julho de 2023.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA
REGISTRADO, publicado e arquivado no livro próprio, data supra.
GILCÉLIO DE SOUZA SIMÕES
CHEFE DE GABINETE

.....

DECRETO MUNICIPAL Nº 2742 DE 28 DE JULHO DE 2023

CONVOCA A 1ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O **PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA**, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas por lei,

DECRETA:

Art. 1º - Fica convocada a 1ª Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, a ser realizada no(s) dia(s) 4 de Agosto de 2023, na Casa Da Agricultura situado a Rua Padre Zeferino 578, tendo como tema central: **Erradicar a fome e garantir direitos com Comida de Verdade, Democracia e Equidad**e, com os seguintes eixos:

EIXO 1 - DETERMINANTES ESTRUTURAIS E MACRODESAFIOS PARA A SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

EIXO 2 - SISTEMA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS GARANTIDORAS DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

EIXO 3 - DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Parágrafo primeiro - Caberá ao Poder Executivo garantir a estrutura de funcionamento da 1ª Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional .

Art. 2º - A 1ª Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional tem como objetivo proporcionar um espaço democrático de discussões e reflexões no âmbito municipal, buscando consolidação do princípio da prioridade absoluta, preconizado na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Segurança Alimentar (Losan) – 11.4346/2006, que Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN.

Art. 3º - A 1ª Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional desenvolver-se-á com base em regimento próprio.

Parágrafo único - Compete ao presidente do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional e na sua ausência ao Secretário da pasta da Agricultura ou da Assistência presidir, coordenar e encaminhar o procedimento para cumprimento do disposto neste artigo.

Art. 4º - O município durante a sua Conferência Municipal de Segurança Alimentar elegerá delegados para participação na Conferência Regional, conforme critério definido no Regimento Interno da Conferência.

Art. 5º - Os delegados eleitos nas Plenárias Municipais receberão suporte financeiro do município para participarem da Conferência Regional.

Art. 6º - As despesas decorrentes da aplicação deste Decreto, correrão por conta da Prefeitura Municipal .

Art. 7º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA
Aos 28 de julho de 2023.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Prefeito Municpal

REGISTRADO. Publicado e arquivado em livro próprio, na data supra.

GILCÉLIO DE SOUZA SIMÕES
Chefe de Gabinete

.....

DECRETO Nº 2744, DE 31 DE JULHO DE 2023

Dispõe sobre Alteração no Plano de Amortização do Repasse de Aportes Financeiros para o Equacionamento do Déficit Atuarial do Instituto de Previdência Municipal de Igarapava - PREVIGARAPAVA, conforme autorizado pela Lei Complementar Municipal N° 050/2016, e dá outras providências.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, Prefeito Municipal de Igarapava, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO que no cálculo atuarial anual apresentado pelo PREVIGARAPAVA (Relatório Atuarial de 2023 – Exercício de 2022), houve alteração no déficit atuarial;

CONSIDERANDO que o artigo 2º da Lei Complementar Municipal nº 050/2016 dispõe que qualquer alteração no plano de amortização poderá ser feita mediante ato próprio do Executivo;

CONSIDERANDO que a alteração proposta visa adequar o equacionamento do déficit atuarial, com base no artigo 26, da Portaria MPT n.º 1467/2022, em conformidade com o cálculo atuarial anual apresentado pelo PREVIGARAPAVA (Relatório Atuarial de 2023 - Exercício de 2022;

CONSIDERANDO que nessa condição o presente Decreto segue as normas estabelecidas pelo artigo 40° da

CF e as exigências impostas pelo Ministério da Previdência Social, em conformidade com o critério de equilíbrio atuarial e financeiro;

CONSIDERANDO que a Lei 9.717/1998 prevê que os regimes próprios de Previdência Social dos servidores públicos dos Municípios deverão ser organizados com base em normas gerais de contabilidade e atuarial, observados os critérios técnicos relacionados no artigo 10 e seus incisos;

CONSIDERANDO a realização anual da avaliação atuarial, de modo a assegurar o equilíbrio do **REGIME PRÓPRIO** e dar-lhe segurança em seu plano de custeio de benefício;

DECRETA:

Art. 1º- Ficam a Administração Pública Municipal Direta e Indireta e o Poder Legislativo Municipal autorizados a realizar a alteração no plano de amortização do repasse de aportes periódicos ao **Instituto de Previdência Municipal de Igarapava - PREVIGARAPAVA**, conforme resultado apontado pela avaliação atuarial finalizada em 2023, constante do Anexo Único, parte integrante deste Decreto.

Parágrafo Único – Os valores dos aportes mensais, deverão ser atualizados com base no IPCA do referido período

Art. 2° - Fica a contribuição dos órgãos empregadores, correspondentes ao ano de 2022 estipulado de acordo com o quadro abaixo:

Discriminação	AA 2022	AA 2023
Órgão empregadores (% sobre o total da folha dos servidores ativos)	18,45%	18,45%
Despesas Administrativas (% sobre o total da folha dos servidores ativos)	3.60%	3,60%
Alíquotas Suplementares (% sobre o total dos servidores ativos)	0,00%	0,00%
Total Empregadores	**22,05%**	**22,05%**

Art. 3° - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a partir de 01.01.2023, revogadas as disposições em contrário.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA
Aos trinta e um dias do mês de julho de 2023
JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

REGISTRADO. Publicado e arquivado em livro próprio, na forma da lei.

GILCÉLIO DE SOUZA SIMÕES
CHEFE DE GABINETE

Anexo Único

DEFICIT A AMORTIZAR PMBC + PMBaC = OPÇÃO EM APORTE					
	ALÍQUOTA	TOTAL=814	PREFEITURA = 801	CAMARA=10	INSTITUTO=3
2023	24,28%	7.350.799,59	7.233.403,53	90.304,66	27.091,40
2024	28,61%	8.661.692,19	8.523.360,50	106.408,99	31.922,70
2025	37,45%	11.338.392,72	11.157.312,74	139.292,29	41.787,69
2026	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2027	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2028	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2029	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2030	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2031	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2032	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2033	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2034	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2035	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2036	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2037	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2038	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2039	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2040	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2041	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2042	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2043	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2044	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2045	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2046	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2047	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2048	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2049	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2050	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2051	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2052	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67
2053	49,07%	14.855.681,68	14.618.428,78	182.502,23	54.750,67

.....

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UR-E4AS-6GFJ-6AA9

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS

SECRETARIA DO REGIME PRÓPRO E COMPLEMENTAR - SRPC

DEPARTAMENTO DOS REGIMES DE PREVIDÊNCIA NO SERVIÇO PÚBLICO - DRPSP

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

ENTE

Nome: Igarapava **UF:** SP

DADOS DO ATUÁRIO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome: RICHARD DUTZMANN **MTE:** 935

DADOS DOS ORGÃOS/ENTIDADES

CNPJ	Nome	Poder	Tipo	Competência da Base Cadastral
45.324.290/0001-67	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Executivo	Administração Direta	12/2
60.243.409/0001-60	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Legislativo	Administração Direta	12/2
10.959.076/0001-00	INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Executivo	Administração Indireta (Autarquias e Fundações)	12/2

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

COMPOSICÂO DE MASSA

Civil

Segregação de Massa

[X] Não Possui [ ] Instituída neste Exercício ou Mantida [ ] Revisada neste Exercício [ ] Extinta neste Exercício

Benefícios Mantido pelo

Possui Aposentadorias ou Pensões por Morte de Responsabilidade Financeira do Tesouro, que não se caracterizam como Segregação da Massa? [ ] Sim [X] Não

Militar

Segregação de Massa

[ ] Não Possui [ ] Instituída neste Exercício ou Mantida [ ] Revisada neste Exercício [ ] Extinta neste Exercício

Benefícios Mantido pelo

Possui Aposentadorias ou Pensões por Morte de Responsabilidade Financeira do Tesouro, que não se caracterizam como Segregação da Massa? [ ] Sim [ ] Não

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS

SECRETARIA DO REGIME PRÓPRO E COMPLEMENTAR - SRPC

DEPARTAMENTO DOS REGIMES DE PREVIDÊNCIA NO SERVIÇO PÚBLICO - DRPSP

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

IDENTIFICAÇÃO DO DRAA

Exercício do DRAA: 2023

Tipo do DRAA: Avaliação Atuarial Anual

Avaliação Atuarial Inicial: [ ] Sim [X] Não

Data da Avaliação: 31/12/2022

Data de Elaboração da Avaliação: 27/04/2023

Nº da Nota Técnica Atuarial Vigente - Plano Previdenciário: 2022.000663.1

Nº da Nota Técnica Atuarial Vigente - Plano Financeiro:

Descrição:

Retificação: [ ] Sim [X] Não

Motivado por Iniciativa Própria: [ ] Sim [ ] Não

Justificativa:

Motivado por Notificação: [ ] Sim [ ] Não

Números da Notificação:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Plano Civil

Previdenciário

Civil >> Previdenciário >> Base Normativa

Plano de Custeio Vigente

Contribuição Normal

Ente Federativo

Norma

Aliquota (%): 18,45 **Tipo da Norma:** Decreto **Número da Norma:** 2605 **Data da Norma:** 06/06/2022 **Dispositivo da Norma:** artigo 2

Base de Cálculo da Contribuilção do Ente Federativo

Base de Cálculo	Tipo da Norma	Número da Norma	Data da Norma	Dispositivo da Norma
Total das Remunerações de Contribuição dos Servidores Ativos	Decreto	2605	06/06/2022	artigo 2

Segurados Ativos

Norma

Aliquota (%): 14,00 **Tipo da Norma:** Lei Complementar **Número da Norma:** 69 **Data da Norma:** 22/12/2020 **Dispositivo da Norma:** artigo 1

Aposentados

Norma

Aliquota (%): 14,00 **Tipo da Norma:** Lei Complementar **Número da Norma:** 69 **Data da Norma:** 22/12/2020 **Dispositivo da Norma:** artigo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Pensionistas

Norma

Aliquota (%): 14,00 **Tipo da Norma:** Lei Complementar **Número da Norma:** 69 **Data da Norma:** 22/12/2020 **Dispositivo da Norma:** artigo 1

Administração do Plano

Custeada com Recursos do RPPS **Alíquota (%):** 3,60 **Aporte (R$):**

Fundamento Legal

Tipo da Norma: Decreto **Número da Norma:** 2605 **Data da Norma:** 06/06/2022 **Dispositivo da Norma:** artigo 2

Base de Calculo da Taxa de Administração

Base de Cálculo	Tipo da Norma	Número da Norma	Data da Norma	Dispositivo da Norma
Total das Remunerações de Contribuição dos Servidores Ativos	Decreto	2605	06/06/2022	artigo 2

Plano de Amortização do Déficit Atuarial

Possui Plano de Amortização para Equacionamento do Déficit Atuarial Implementado em Lei: Sim **Mês/Ano de Início do Plano:** 03/2013

Fundamento Legal

Tipo da Norma: Decreto **Número da Norma:** 2605 **Data da Norma:** 06/06/2022 **Dispositivo da Norma:** artigo 2

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Plano de Amortização

Ano	Alíquota (%)	Aporte Anual (R$)
2022		R$ 8.661.692,19
2023		R$ 10.752.298,73
2024		R$ 13.918.733,90
2049		R$ 13.918.733,90

Base de Cálculo

Base de Cálculo	Tipo da Norma	Número da Norma	Data da Norma	Dispositivo da Norma
Total das Remunerações de Contribuição dos Servidores Ativos	Decreto	2605	06/06/2022	artigo 2

Segregação de Massa

Fundamento Legal

Tipo da Norma: **Número da Norma:** **Data da Norma:** **Dispositivo da Norma:**

Critérios para Composição do Plano Previdenciário

Data de Ingresso do Segurado (Data do Corte): **Idade do Segurado:** **Condição do Segurado:**

Outros:

Atuário Responsável pelo Projeto de Segregação

Nome: **Número do Registro Profissional:**

Aprovação prévia do MPS

Tipo do Documento: **Número do Documento:** **Data do Documento:**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Plano de Benefícios

Benefícios	Tipo da Norma	Número da Norma	Dispositivo da Norma	Data da Norma
Aposentadoria Por Invalidez Permanente	Lei Complementar	23	artigo 9	11/11/2021
Aposentadorias Programadas (Por Idade, Tempo de Contribuição e Compulsória)	Lei Complementar	23	artigo 12	11/11/2021
Pensão Por Morte de Servidor em Atividade	Lei Complementar	23	artigo 14	11/11/2021
Pensão Por Morte de Aposentado Voluntário ou Compulsório	Lei Complementar	23	artigo 14	11/11/2021
Pensão Por Morte de Aposentado por Invalidez	Lei Complementar	23	artigo 14	11/11/2021

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Civil >> Previdenciário >> Base Cadastral

Estatísticas da População Coberta

Órgão/Entidade	População Coberta	Quantidade (A)			Média da B. Cálculo ou Média do Vr. do Benefício (B)		Idade Média		IMP		IMA		Valor da Folha Mensal (AxB)		
		Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Total
CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Servidores - DEMAIS SERVIDORES - Sem critério diferenciado para aposentadoria	7	3	10	R$ 6.450,41	R$ 6.574,13	44.29	55.33	61.86	69.00	26.71	35.00	R$ 45.152,87	R$ 19.722,39	R$ 64.8
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Aposentados - DEMAIS SERVIDORES - Compulsória	2	2	4	R$ 2.041,72	R$ 1.363,89	91.00	83.00					R$ 4.083,44	R$ 2.727,78	R$ 6.8
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Aposentados - DEMAIS SERVIDORES - Especial	7	8	15	R$ 4.803,72	R$ 4.844,16	57.57	63.00					R$ 33.626,04	R$ 38.753,28	R$ 72.3
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Aposentados - DEMAIS SERVIDORES - Por Idade	29	4	33	R$ 1.706,56	R$ 1.361,53	70.86	75.50					R$ 49.490,24	R$ 5.446,12	R$ 54.9
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Aposentados - DEMAIS SERVIDORES - Por Invalidez	115	38	153	R$ 2.253,50	R$ 3.128,18	58.61	63.71					R$ 259.152,50	R$ 118.870,84	R$ 378.0
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Aposentados - DEMAIS SERVIDORES - Por Tempo de Contribuição	128	21	149	R$ 3.950,11	R$ 4.669,91	61.93	66.52					R$ 505.614,08	R$ 98.068,11	R$ 603.6
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Pensionistas - DEMAIS SERVIDORES	43	28	71	R$ 2.301,59	R$ 1.555,18	66.65	55.04					R$ 98.968,37	R$ 43.545,04	R$ 142.5
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Servidores - DEMAIS SERVIDORES - Sem critério diferenciado para aposentadoria	1	2	3	R$ 2.509,15	R$ 4.071,87	45.00	49.50	65.00	70.50	39.00	44.00	R$ 2.509,15	R$ 8.143,74	R$ 10.6
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Servidores - DEMAIS SERVIDORES - Sem critério diferenciado para aposentadoria	307	148	455	R$ 2.290,91	R$ 2.367,17	42.63	44.91	63.02	64.59	33.12	33.17	R$ 703.309,37	R$ 350.341,16	R$ 1.053.6
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Servidores - PROFESSORES DA EDUC. INFANTIL E DO ENSINO FUND. E MÉDIO - Critério para aposentadoria como professor	234	30	264	R$ 4.026,69	R$ 3.755,02	45.12	39.30	62.46	62.73	35.87	32.37	R$ 942.245,46	R$ 112.650,60	R$ 1.054.8
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Servidores Iminentes - DEMAIS SERVIDORES - Sem critério diferenciado para aposentadoria	15	11	26	R$ 3.384,92	R$ 2.097,55	60.00	60.55	60.00	60.55	34.67	33.36	R$ 50.773,80	R$ 23.073,05	R$ 73.8
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Servidores Iminentes - PROFESSORES DA EDUC. INFANTIL E DO ENSINO FUND. E MÉDIO - Critério para aposentadoria como professor	15	1	16	R$ 4.043,53	R$ 10.441,66	57.40	56.00	57.40	56.00	39.00	27.00	R$ 60.652,95	R$ 10.441,66	R$ 71.0

Avaliação Crítica

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Atualização da Base Cadastral

Segurados Ativos :	X	Data do Último Recenseamento Previdenciário :	31/10/2022	Percentual de Cobertura do Último Recenseamento Previdenciário :	100,00
Aposentados :	X	Data do Último Recenseamento Previdenciário :	31/10/2022	Percentual de Cobertura do Último Recenseamento Previdenciário :	100,00
Pensionistas :	X	Data do Último Recenseamento Previdenciário :	31/10/2022	Percentual de Cobertura do Último Recenseamento Previdenciário :	100,00

Amplitude da Base Cadastral

Percentual de Cobertura da População : 100.00

Percentual de Cobertura em Relação aos Órgãos e Entidades : 100.00

Grupo	Descrição	Consistência da Base Cadastral	Completude da Base Cadastral
Ativo	Identificação do Segurado Ativo	76%-100%	76%-100%
Ativo	Sexo	76%-100%	76%-100%
Ativo	Estado Civil	76%-100%	76%-100%
Ativo	Data de Nascimento	76%-100%	76%-100%
Ativo	Data de Ingresso no ENTE	76%-100%	76%-100%
Ativo	Identificação do Cargo Atual	76%-100%	76%-100%
Ativo	Base de Cálculo (Remuneração de Contribuição)	76%-100%	76%-100%
Ativo	Tempo de Contribuição para o RGPS	76%-100%	76%-100%
Ativo	Tempo de Contribuição para Outros RPPS	76%-100%	76%-100%
Ativo	Data de Nascimento do Cônjuge	76%-100%	76%-100%
Ativo	Número de Dependentes	76%-100%	76%-100%
Aposentado	Identificação do Aposentado	76%-100%	76%-100%
Aposentado	Sexo	76%-100%	76%-100%
Aposentado	Estado Civil	76%-100%	76%-100%
Aposentado	Data de Nascimento	76%-100%	76%-100%
Aposentado	Data de Nascimento do Cônjuge	76%-100%	76%-100%
Aposentado	Data de Nascimento do Dependente Mais Novo	76%-100%	76%-100%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Grupo	Descrição	Consistência da Base Cadastral	Completude da Base Cadastral
Aposentado	Valor do Benefício	76%-100%	76%-100%
Aposentado	Condição do Aposentado (válido ou inválido)	76%-100%	76%-100%
Aposentado	Tempo de Contribuição para o RPPS	76%-100%	76%-100%
Aposentado	Tempo de Contribuição para outros Regimes	76%-100%	76%-100%
Aposentado	Valor Mensal da Compensação Previdenciária	76%-100%	76%-100%
Aposentado	Número de Dependentes	76%-100%	76%-100%
Pensão	Identificação do Pensão	76%-100%	76%-100%
Pensão	Número de Pensionistas	76%-100%	76%-100%
Pensão	Sexo do Pensionista Principal	76%-100%	76%-100%
Pensão	Data de Nascimento	76%-100%	76%-100%
Pensão	Valor do Benefício	76%-100%	76%-100%
Pensão	Condição do Pensionista (válido ou inválido)	76%-100%	76%-100%
Pensão	Duração do Benefício (vitalício ou temporário)	76%-100%	76%-100%

Tratamento da Base Cadastral

Grupo	Descrição	Inconsistências Encontradas	Adoção de Premissa	Quantidade de Registros	Descrição de Premissa Utilizada
Ativo	Identificação do Segurado Ativo				
Ativo	Sexo				
Ativo	Estado Civil				
Ativo	Data de Nascimento				
Ativo	Data de Ingresso no ENTE				
Ativo	Identificação do Cargo Atual				
Ativo	Base de Cálculo (Remuneração de Contribuição)				
Ativo	Tempo de Contribuição para o RGPS				
Ativo	Tempo de Contribuição para Outros RPPS				
Ativo	Data de Nascimento do Cônjuge				
Ativo	Número de Dependentes				

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Grupo	Descrição	Inconsistências Encontradas	Adoção de Premissa	Quantidade de Registros	Descrição de Premissa Utilizada
Aposentado	Identificação do Aposentado				
Aposentado	Sexo				
Aposentado	Estado Civil				
Aposentado	Data de Nascimento				
Aposentado	Data de Nascimento do Cônjuge				
Aposentado	Data de Nascimento do Dependente Mais Novo				
Aposentado	Valor do Benefício				
Aposentado	Condição do Aposentado (válido ou inválido)				
Aposentado	Tempo de Contribuição para o RPPS				
Aposentado	Tempo de Contribuição para outros Regimes				
Aposentado	Valor Mensal da Compensação Previdenciária				
Aposentado	Número de Dependentes				
Pensão	Identificação do Pensão				
Pensão	Número de Pensionistas				
Pensão	Sexo do Pensionista Principal				
Pensão	Data de Nascimento				
Pensão	Valor do Benefício				
Pensão	Condição do Pensionista (válido ou inválido)				
Pensão	Duração do Benefício (vitalício ou temporário)				

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Civil >> Previdenciário >> Base Técnica

Regimes e Métodos de Financiamento

Benefícios do Plano	Regime Financeiro e Método de Financiamento	Descrição do Método de Financiamento
Aposentadoria Por Invalidez Permanente	REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO DE CAPITAIS DE COBERTURA	
Aposentadorias Programadas (Por Idade, Tempo de Contribuição e Compulsória)	REGIME FINANCEIRO DE CAPITALIZAÇÃO - CRÉDITO UNITÁRIO PROJETADO	
Pensão Por Morte de Servidor em Atividade	REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO DE CAPITAIS DE COBERTURA	
Pensão Por Morte de Aposentado Voluntário ou Compulsório	REGIME FINANCEIRO DE CAPITALIZAÇÃO - CRÉDITO UNITÁRIO PROJETADO	
Pensão Por Morte de Aposentado por Invalidez	REGIME FINANCEIRO DE CAPITALIZAÇÃO - CRÉDITO UNITÁRIO PROJETADO	

Hipóteses Atuariais

Hipóteses Demográficas, Econômicas e Financeiras

	Unidade	Hipóteses
Projeção da Taxa de Juros Real para o Exercício	PERCENTUAL	5.28
Projeção de Crescimento Real do Salário	PERCENTUAL	1.00
Projeção de Crescimento Real dos Benefícios do Plano	PERCENTUAL	0.00
Critério para Projeção do Valor dos Proventos Calculados pela Média	TEXTO	limitado ao último salário
Projeção da Taxa de Inflação de Longo Prazo	PERCENTUAL	0.00
Fator de Determinação do Valor Real ao Longo do Tempo dos Benefícios	PERCENTUAL	98.00
Fator de Determinação do Valor Real ao Longo do Tempo dos Salários	PERCENTUAL	98.00
Projeção da Taxa de Rotatividade	TEXTO	até 50 anos 1%, acima de 50 anos 0%
Critérios da Projeção de Novos Entrantes	TEXTO	reposiçao de 1:1
Projeção de Novos Entrantes para o Exercício - Quantidade de saídas por morte	QUANTIDADE	3
Projeção de Novos Entrantes para o Exercício - Quantidade de saídas por aposentadoria	QUANTIDADE	42
Projeção de Novos Entrantes para o Exercício - Quantidade de saídas por desligamento	QUANTIDADE	0
Projeção de Novos Entrantes - Quantidade de entradas	QUANTIDADE	45
Composição Familiar - Servidores em atividade	TEXTO	pelo real
Probabilidade de Casados, se adotada premissa	TEXTO	pelo real

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Hipóteses Demográficas, Econômicas e Financeiras

	Unidade	Hipóteses
Diferença da Idade entre titular masculino e cônjuge feminino, se adotada premissa	TEXTO	pelo real
Diferença da Idade entre titular feminino e cônjuge masculino, se adotada premissa	TEXTO	pelo real
Composição Familiar - Aposentados	TEXTO	pelo real
Probabilidade de Casados, se adotada premissa	TEXTO	pelo real
Diferença da Idade entre titular masculino e cônjuge feminino, se adotada premissa	TEXTO	pelo real
Diferença da Idade entre titular feminino e cônjuge masculino, se adotada premissa	TEXTO	pelo real
Hipótese Adotada para Entrada em Aposentadoria	TEXTO	pelo real
Outras Hipóteses Adotadas	TEXTO	Não se aplica

Hipóteses Biométricas

Tipo Tábua	Tábua da População Masculina	Tábua da População Feminina
Tábua de Mortalidade de Válido - Fase Laborativa	Outras	Outras
Tábua de Mortalidade de Válido - Fase Pós Laborativa	Outras	Outras
Tábua de Mortalidade de Inválido	Outras	Outras
Tábua de Entrada em Invalidez	Álvaro Vindas	Álvaro Vindas
Tábua de Morbidez	Outras	Outras
Outras Tábuas utilizadas		

Descrição da Hipótese de Novos Entrantes:

Justificativa da Adoção de Hipóteses

Hipóteses Demográficas, Econômicas e Financeiras

	Unidade	Valor previsto no DRAA de 2020	Valor ocorrido em 2020	Valor previsto no DRAA de 2021	Valor ocorrido em 2021	Valor previsto no DRAA de 2022	Valor ocorrido em 2022	Perspectiva de Longo prazo	Justificativa Técnica para Eventuais Discrepâncias em Relação a Hipótes Adotada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

	Unidade	Valor previsto no DRAA de 2020	Valor ocorrido em 2020	Valor previsto no DRAA de 2021	Valor ocorrido em 2021	Valor previsto no DRAA de 2022	Valor ocorrido em 2022	Perspectiva de Longo prazo	Justificativa Técnica para Eventu Discrepâncias em Relação a Hipó Adotada
Projeção da Taxa de Juros Real para o Exercício	PERCENTUAL	5.86	5.86	5.40	5.40	4.83	4.83		
Projeção de Crescimento Real do Salário	PERCENTUAL	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
Projeção de Crescimento Real dos Benefícios do Plano	PERCENTUAL	0	0	0	0	0.00	0.00		
Critério para Projeção do Valor dos Proventos Calculados pela Média	TEXTO	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	nao se aplica	limitado ao ultimo salario		
Fator de Determinação do Valor Real ao Longo do Tempo dos Benefícios	PERCENTUAL	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00		
Fator de Determinação do Valor Real ao Longo do Tempo dos Salários	PERCENTUAL	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00		
Projeção da Taxa de Rotatividade	TEXTO	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	conforme portaria mps	ate 50 anos 1%, acima 0%		
Critérios da Projeção de Novos Entrantes	TEXTO	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	1:1	pelo ocorrido		
Projeção de Novos Entrantes para o Exercício - Quantidade de saídas por morte	QUANTIDADE	3	2	2	1	3	1		
Projeção de Novos Entrantes para o Exercício - Quantidade de saídas por aposentadoria	QUANTIDADE	36	15	23	44	24	7		
Projeção de Novos Entrantes para o Exercício - Quantidade de saídas por desligamento	QUANTIDADE	0	0	0	0	0	0		
Projeção de Novos Entrantes - Quantidade de entradas	QUANTIDADE	39	0	25	115	27	145		

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Hipóteses Biométricas

	População	Número de eventos previstos pela tábua utilizada no DRAA de 2020	Número de eventos ocorridos em 2020	Número de eventos previstos pela tábua utilizada no DRAA de 2021	Número de eventos ocorridos em 2021	Número de eventos previstos pela tábua utilizada no DRAA de 2022	Número de eventos ocorridos em 2022	Justificativa Técnica para Eventuais Discrepâncias em Relação a Hipótes Adotada
Tábua de Mortalidade de Válido - Fase Laborativa	Masculino	1.02	1.00	1.15	1.00	1.31	1.00	
Tábua de Mortalidade de Válido - Fase Laborativa	Feminino	1.39	0.00	1.55	0.00	1.69	0.00	
Tábua de Mortalidade de Válido - Fase Pós Laborativa	Masculino	1.60	2.00	1.79	0.00	1.89	1.00	
Tábua de Mortalidade de Válido - Fase Pós Laborativa	Feminino	2.58	2.00	3.01	1.00	3.35	0.00	
Tábua de Mortalidade de Inválido	Masculino	0	0	0	0	0.00	0.00	
Tábua de Mortalidade de Inválido	Feminino	0	0	0	0	0.00	0.00	
Tábua de Entrada em Invalidez	Masculino	0	0	0	0	0.00	0.00	
Tábua de Entrada em Invalidez	Feminino	0	0	0	0	0.00	0.00	
Tábua de Morbidez	Masculino	0	0	0	0	0.00	0.00	
Tábua de Morbidez	Feminino	0	0	0	0	0.00	0.00	
Outras Tábuas utilizadas	Masculino	0	0	0	0	0.00	0.00	
Outras Tábuas utilizadas	Feminino	0	0	0	0	0.00	0.00	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Civil >> Previdenciário >>Resultados

Valores dos Compromissos

Descrição	Geração Atual	Gerações Futuras
Valor Atual dos Salários Futuros	R$ 339.736.838,96	R$ 0,00
ATIVOS GARANTIDORES DOS COMPROMISSOS DO PLANO DE BENEFÍCIOS	R$ 39.065.940,55	
Aplicações em Segmento de Renda Fixa - RPPS	R$ 10.291.719,41	
Aplicações em Segmento de Renda Variável - RPPS	R$ 0,00	
Aplicações em Segmento Imobiliário - RPPS	R$ 0,00	
Aplicações em Enquadramento - RPPS	R$ 0,00	
Títulos e Valores não Sujeitos ao Enquadramento - RPPS	R$ 0,00	
Demais Bens, direitos e ativos	R$ 28.774.221,14	
PROVISÃO MATEMÁTICA DOS BENEFÍCIOS CONCEDIDOS	R$ 188.119.647,23	
VALOR ATUAL DOS BENEFÍCIOS FUTUROS - ENCARGOS DE BENEFÍCIOS CONCEDIDOS	R$ 189.667.598,67	
Benefícios Concedidos - Encargos - Aposentadorias Programadas	R$ 171.639.403,37	
Benefícios Concedidos - Encargos - Aposentadorias Especiais de Professores	R$ 0,00	
Benefícios Concedidos - Encargos - Outras Aposentadorias Especiais	R$ 0,00	
Benefícios Concedidos - Encargos - Aposentadorias por Invalidez	R$ 0,00	
Benefícios Concedidos - Encargos - Pensões Por Morte	R$ 18.028.195,30	
Benefícios Concedidos - Encargos - Compensação Previdenciária a Pagar	R$ 0,00	
VALOR ATUAL DAS CONTRIBUIÇÕES FUTURAS E COMPENSAÇÕES A RECEBER - BENEFÍCIOS CONCEDIDOS	R$ 1.547.951,44	
Benefícios Concedidos - Contribuições Futuras dos Aposentados	R$ 680.535,53	
Benefícios Concedidos - Contribuições Futuras dos Pensionistas	R$ 0,00	
Benefícios Concedidos - Compensação Previdenciária a Receber	R$ 867.415,91	
PROVISÃO MATEMÁTICA DOS BENEFÍCIOS A CONCEDER :	R$ 77.810.363,34	R$ 0,00
VALOR ATUAL DOS BENEFÍCIOS FUTUROS - ENCARGOS DE BENEFÍCIOS A CONCEDER:	R$ 177.478.261,91	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Encargos - Aposentadorias Programadas	R$ 163.391.982,83	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Encargos - Aposentadorias Especiais de Professores	R$ 0,00	R$ 0,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Descrição	Geração Atual	Gerações Futuras
Benefícios a Conceder - Encargos - Outras Aposentadorias Especiais	R$ 0,00	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Encargos - Aposentadorias por Invalidez	R$ 0,00	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Encargos - Pensões Por Morte de Servidores em Atividade	R$ 0,00	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Encargos - Pensões Por Morte de Aposentados	R$ 14.086.279,08	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Encargos - Outros Benefícios e Auxílios	R$ 0,00	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Encargos - Compensação Previdenciária a Pagar	R$ 0,00	R$ 0,00
VALOR ATUAL DAS CONTRIBUIÇÕES FUTURAS E COMPENSAÇÕES A RECEBER - BENEFÍCIOS A CONCEDER:	R$ 99.667.898,57	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Contribuições Futuras do Ente	R$ 53.363.091,99	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Contribuições Futuras dos Segurados Ativos	R$ 33.881.328,25	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Contribuições Futuras dos Aposentados	R$ 0,00	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Contribuições Futuras dos Pensionistas	R$ 0,00	R$ 0,00
Benefícios a Conceder - Compensação Previdenciária a Receber	R$ 12.423.478,33	R$ 0,00
PROVISÃO MATEMÁTICA PARA COBERTURA DE INSUFICIÊNCIAS FINANCEIRAS ASSEGURADA POR LEI:	R$ 184.207.248,98	R$ 0,00
Valor Atual do Plano de Amortização do Déficit Atuarial estabelecido em lei	R$ 184.207.248,98	R$ 0,00
Valor Atual dos Parcelamentos de Débitos Previdenciários	R$ 0,00	
RESULTADO ATUARIAL		
Déficit Atuarial	-R$ 42.656.821,04	
Equilíbrio Atuarial	R$ 0,00	
Superávit Atuarial	R$ 0,00	
DESTINAÇÃO DO RESULTADO		
Provisão de Contingências (até 25% dos Compromissos)	R$ 0,00	
Provisão para revisão do plano de custeio (acima 25% dos Compromissos)	R$ 0,00	
FUNDOS CONSTITUÍDOS		
Fundo Garantidor de Pensão de Servidor Estruturada em Regime de Repartição de Capitais de Cobertura	R$ 0,00	
Fundo Garantidor de Aposentadoria por Invalidez de Servidor Estruturada em Regime de Repartição de Capitais de Cobertura	R$ 0,00	
Fundo Garantidor de Benefícios Estruturados em Regime de Repartição Simples	R$ 0,00	
Fundo de Oscilação de Riscos dos Benefícios Estruturados em Regime de Capitalização	R$ 0,00	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Descrição	Geração Atual	Gerações Futuras
Fundo de Oscilação de Riscos dos Benefícios Estruturados em Regime de Repartição de Capitais de Cobertura	R$ 0,00	
Fundo de Oscilação de Riscos dos Benefícios Estruturados em Regime de Repartição Simples	R$ 0,00	
Fundo Administrativo	R$ 0,00	
RECEITAS E DESPESAS ESTIMADAS PARA O EXERCÍCIO		
Total de Receitas Estimadas para o Exercício	R$ 14.973.940,56	
Total de Despesas Estimadas para o Exercício	R$ 18.358.507,49	
RESULTADO FINANCEIRO ESTIMADO PARA O EXERCÍCIO		
Déficit Financeiro	-R$ 3.384.566,93	
Equilíbrio Financeiro	R$ 0,00	
Superávit Financeiro	R$ 0,00	

Custo Normal

Base de Contribuição

	Valor Mensal - Estatísticas da População Coberta	Valor Anual
Total das Remunerações de Contribuição dos Servidores Ativos	R$ 2.329.016,20	R$ 30.277.20
Total:	R$ 2.329.016,20	R$ 30.277.20

Valor Atual dos Salários Futuros - VASF: R$ 339.736.838,96

Custo Normal dos Benefícios - Regime de Capitalização

Benefícios	Custo Anual Previsto (R$)	% sobre Base de Contribuição
Aposentadorias Programadas (Por Idade, Tempo de Contribuição e Compulsória)	R$ 6.518.682,07	21,5
Pensão Por Morte de Aposentado Voluntário ou Compulsório	R$ 260.383,96	0,8
Pensão Por Morte de Aposentado por Invalidez	R$ 12.110,88	0,0
Total:	R$ 6.791.176,91	22,4

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Custo Normal dos Benefícios - Regime de Cobertura

Benefícios	Custo Anual Previsto (R$)	% sobre Base de Contribuição
Aposentadoria Por Invalidez Permanente	R$ 617.654,97	
Pensão Por Morte de Servidor em Atividade	R$ 1.432.111,76	
Total:	R$ 2.049.766,73	

Custo Normal dos Benefícios - Regime de Repartição Simples

Benefícios	Valor Pago em 2020	Valor Pago em 2021	Valor Pago em 2022	Valor Mínimo para 2023	Valor Previsto para 2023	% sobre Base de Contribuição
Total:	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	

Custo Normal Total

	Custo Anual Previsto (R$)	% sobre Base de Contribuição
Benefícios em Regime de Capitalização	R$ 6.791.176,91	
Benefícios em Regime de Repartição de Capitais de Cobertura	R$ 2.049.766,73	
Benefícios em Regime de Repartição Simples	R$ 0,00	
Total	R$ 8.840.943,64	

Observações:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Custo Suplementar

Forma de Amortização e Apuração do Déficit Atuarial e Amortizar

Forma Amortização: Por Aportes

Forma de Pagamento: Postecipados

Contas Recuperadas da Demonstração do Resultado Atuarial	Geração Atual (R$)
ATIVOS GARANTIDORES DOS COMPROMISSOS DO PLANO DE BENEFÍCIOS	R$ 39.065.94
PROVISÃO MATEMÁTICA DOS BENEFÍCIOS CONCEDIDOS	R$ 188.119.64
PROVISÃO MATEMÁTICA DOS BENEFÍCIOS A CONCEDER :	R$ 77.810.36
Valor Atual dos Parcelamentos de Débitos Previdenciários	R$

Valor Atual do Bens, Direitos e Demais Ativos a serem incorporados no Exercício Atual: R$ 18.324.340,57

Déficit Atuarial a Amortizar: -R$ 208.539.729,45

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Tipo de LDA: Duração do Passivo

Constante definida no art 8º: R$ 1,50

Valor calculada na avaliação atuarial: R$ 15,70

Valor limite do déficit atuarial: R$ 18.324.340,57

Observações: o valor limite do déficit atuarial foi lançado em valor atual dos bens, direitos e demais ativos a serem incorporados no exercício atual.

Prazo de Amortização

Prazo Remanescente Calculado (anos): 26

Prazo Informado (anos): 31

Justificativa: dp x c = 15.7 x 2 = 31

Base Cálculo Contribuição Suplementar

	Composição da Base de Cálculo	Valor Anual Inicial (R$)
Servidores	Total das Remunerações de Contribuição dos Servidores Ativos	R$ 30.277.20
Aposentados	Total dos Proventos de Aposentadoria	R$
Pensionistas	Total das Pensões por Morte	R$
Outros	Outros - Civis (especificar)	R$ 0,0

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Descrição dos critérios adotados para evolução da folha de pagamento:

crescimento da folha salarial de 1,00% ao ano

Plano de Amortização

n	Ano	Taxa de Juros (%)	Aportes (R$)	Alíquotas (%)	Base Cálculo (R$)	Saldo Inicial (R$)	(-) Pagamentos (R$)	Saldo Final (R$)	Composição do Pagamento	
									(-) Juros (R$)	(-) Amortização (R$)
1	2023	5,28	R$ 7.350.799,59			R$ 208.539.729,45	-R$ 7.350.799,59	R$ 212.199.827,57	-R$ 11.010.897,71	R$ 3.660.09
2	2024	5,28	R$ 8.661.692,19			R$ 212.199.827,57	-R$ 8.661.692,19	R$ 214.742.286,28	-R$ 11.204.150,90	R$ 2.542.45
3	2025	5,28	R$ 11.338.392,72			R$ 214.742.286,28	-R$ 11.338.392,72	R$ 214.742.286,28	-R$ 11.338.392,72	R$
4	2026	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 214.742.286,28	-R$ 12.998.158,37	R$ 213.082.520,63	-R$ 11.338.392,72	-R$ 1.659.76
5	2027	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 213.082.520,63	-R$ 12.998.158,37	R$ 211.335.119,35	-R$ 11.250.757,09	-R$ 1.747.40
6	2028	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 211.335.119,35	-R$ 12.998.158,37	R$ 209.495.455,28	-R$ 11.158.494,30	-R$ 1.839.66
7	2029	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 209.495.455,28	-R$ 12.998.158,37	R$ 207.558.656,95	-R$ 11.061.360,04	-R$ 1.936.79
8	2030	5,28	R$ 12.997.158,37			R$ 207.558.656,95	-R$ 12.997.158,37	R$ 205.520.595,67	-R$ 10.959.097,09	-R$ 2.038.06
9	2031	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 205.520.595,67	-R$ 12.998.158,37	R$ 203.373.924,75	-R$ 10.851.487,45	-R$ 2.146.67
10	2032	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 203.373.924,75	-R$ 12.998.158,37	R$ 201.113.909,61	-R$ 10.738.143,23	-R$ 2.260.01
11	2033	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 201.113.909,61	-R$ 12.998.158,37	R$ 198.734.565,67	-R$ 10.618.814,43	-R$ 2.379.343,9
12	2034	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 198.734.565,67	-R$ 12.998.158,37	R$ 196.229.592,37	-R$ 10.493.185,07	-R$ 2.504.973,3
13	2035	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 196.229.592,37	-R$ 12.998.158,37	R$ 193.592.356,48	-R$ 10.360.922,48	-R$ 2.637.235,8
14	2036	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 193.592.356,48	-R$ 12.998.158,37	R$ 190.815.874,53	-R$ 10.221.676,42	-R$ 2.776.481,9

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

n	Ano	Taxa de Juros (%)	Aportes (R$)	Alíquotas (%)	Base Cálculo (R$)	Saldo Inicial (R$)	(-) Pagamentos (R$)	Saldo Final (R$)	Composição do Pagamento	
									(-) Juros (R$)	(-) Amortização (R$)
15	2037	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 190.815.874,53	-R$ 12.998.158,37	R$ 187.892.794,34	-R$ 10.075.078,18	-R$ 2.923.08
16	2038	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 187.892.794,34	-R$ 12.998.158,37	R$ 184.815.375,51	-R$ 9.920.739,54	-R$ 3.077.41
17	2039	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 184.815.375,51	-R$ 12.998.158,37	R$ 181.575.468,97	-R$ 9.758.251,83	-R$ 3.239.90
18	2040	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 181.575.468,97	-R$ 12.998.158,37	R$ 178.164.495,36	-R$ 9.587.184,76	-R$ 3.410.97
19	2041	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 178.164.495,36	-R$ 12.998.158,37	R$ 174.573.422,35	-R$ 9.407.085,36	-R$ 3.591.07
20	2042	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 174.573.422,35	-R$ 12.998.158,37	R$ 170.792.740,68	-R$ 9.217.476,70	-R$ 3.780.68
21	2043	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 170.792.740,68	-R$ 12.998.158,37	R$ 166.812.439,02	-R$ 9.017.856,71	-R$ 3.980.30
22	2044	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 166.812.439,02	-R$ 12.998.158,37	R$ 162.621.977,43	-R$ 8.807.696,78	-R$ 4.190.46
23	2045	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 162.621.977,43	-R$ 12.998.158,37	R$ 158.210.259,47	-R$ 8.586.440,41	-R$ 4.411.71
24	2046	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 158.210.259,47	-R$ 12.998.158,37	R$ 153.565.602,80	-R$ 8.353.501,70	-R$ 4.644.65
25	2047	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 153.565.602,80	-R$ 12.998.158,37	R$ 148.675.708,26	-R$ 8.108.263,83	-R$ 4.889.89
26	2048	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 148.675.708,26	-R$ 12.998.158,37	R$ 143.527.627,29	-R$ 7.850.077,40	-R$ 5.148.08
27	2049	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 143.527.627,29	-R$ 12.998.158,37	R$ 138.107.727,64	-R$ 7.578.258,72	-R$ 5.419.89
28	2050	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 138.107.727,64	-R$ 12.998.158,37	R$ 132.401.657,29	-R$ 7.292.088,02	-R$ 5.706.07
29	2051	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 132.401.657,29	-R$ 12.998.158,37	R$ 126.394.306,42	-R$ 6.990.807,50	-R$ 6.007.35
30	2052	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 126.394.306,42	-R$ 12.998.158,37	R$ 120.069.767,43	-R$ 6.673.619,38	-R$ 6.324.538,9
31	2053	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 120.069.767,43	-R$ 12.998.158,37	R$ 113.411.292,78	-R$ 6.339.683,72	-R$ 6.658.474,6
32	2054	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 113.411.292,78	-R$ 12.998.158,37	R$ 106.401.250,67	-R$ 5.988.116,26	-R$ 7.010.042,1
33	2055	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 106.401.250,67	-R$ 12.998.158,37	R$ 99.021.078,34	-R$ 5.617.986,04	-R$ 7.380.172,3
34	2056	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 99.021.078,34	-R$ 12.998.158,37	R$ 91.251.232,91	-R$ 5.228.312,94	-R$ 7.769.845,43

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

n	Ano	Taxa de Juros (%)	Aportes (R$)	Alíquotas (%)	Base Cálculo (R$)	Saldo Inicial (R$)	(-) Pagamentos (R$)	Saldo Final (R$)	Composição do Pagamento	
									(-) Juros (R$)	(-) Amortização (R$)
35	2057	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 91.251.232,91	-R$ 12.998.158,37	R$ 83.071.139,64	-R$ 4.818.065,10	-R$ 8.180.09
36	2058	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 83.071.139,64	-R$ 12.998.158,37	R$ 74.459.137,44	-R$ 4.386.156,17	-R$ 8.612.00
37	2059	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 74.459.137,44	-R$ 12.998.158,37	R$ 65.392.421,53	-R$ 3.931.442,46	-R$ 9.066.71
38	2060	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 65.392.421,53	-R$ 12.998.158,37	R$ 55.846.983,02	-R$ 3.452.719,86	-R$ 9.545.43
39	2061	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 55.846.983,02	-R$ 12.998.158,37	R$ 45.797.545,35	-R$ 2.948.720,70	-R$ 10.049.43
40	2062	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 45.797.545,35	-R$ 12.998.158,37	R$ 35.217.497,37	-R$ 2.418.110,39	-R$ 10.580.04
41	2063	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 35.217.497,37	-R$ 12.998.158,37	R$ 24.078.822,86	-R$ 1.859.483,86	-R$ 11.138.67
42	2064	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 24.078.822,86	-R$ 12.998.158,37	R$ 12.352.026,34	-R$ 1.271.361,85	-R$ 11.726.79
43	2065	5,28	R$ 12.998.158,37			R$ 12.352.026,34	-R$ 12.998.158,37	R$ 6.054,96	-R$ 652.186,99	-R$ 12.345.97

Observação Sistema:

Observações:

Custo com a Administração do Plano

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Limite da Norma Geral

Valor Total das Remunerações dos Segurados Ativos em 2022:	R$ 30.277.204,23
Valor Total dos Proventos de Aposentadorias em 2022:	R$ 14.505.821,20
Valor Total das Pensões por Morte em 2022:	R$ 1.852.674,46
Total:	R$ 46.635.699,89
Limite de Gastos com despesas Administrativas para 2023 (R$):	R$ 932.714,00

Limite Estabelecido pelo Ente em Lei

Alíquota

Taxa de Administração definida pelo Ente em Lei (%):	3,60
Base de Cálculo Anual da Taxa de Administração (R$):	R$ 30.277.204,23
Limite de Gastos com despesas administrativas para 2023 (R$):	R$ 1.089.979,35

Aporte

Valor do aporte anual para custeio das despesas administrativas estabelecido pelo Ente mediante Lei:	R$ 0,00

Custo Previsto para 2023

Alíquota

Valor Previsto das despesas administrativas para 2023:	R$ 1.089.979,35
Base de Cálculo Anual da Taxa de Administração para 2022(R$):	R$ 30.277.204,23
Taxa de Administração para 2023(%):	3,60

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Plano de Custeio a Constar em Lei

Contribuição Normal e Taxa de Administração

		Situação Atual		Situação Definida na Avaliação Atuarial	
	Valor Anual da Base de Cálculo (R$)	**Aliquota (%)**	**Contribuição Esperada Atual**	**Aliquota Definida na Avaliação Atuarial (%)**	**Contribuição Esperada Definida**
Ente Federativo	R$ 30.277.204,23	18,45	R$ 5.586.144,18	18,45	R$ 5.586.14
Taxa de Administração	R$ 30.277.204,23	3,60	R$ 1.089.979,35	3,60	R$ 1.089.97
Aporte Anual para Custeio das Despesas Administrativas			R$ 0,00		
Ente Federativo - Total	R$ 60.554.408,46	22,05	R$ 6.676.123,53	22,05	R$ 6.676.12
Segurados Ativos	R$ 30.277.204,23	14,00	R$ 4.238.808,59	14,00	R$ 4.238.80
Aposentados	R$ 478.681,32	14,00	R$ 67.015,38	14,00	R$ 67.01
Pensionistas	R$ 0,00	14,00	R$ 0,00	14,00	R$
Total					

Observação:

Novo Plano de Amortização a Constar em Lei

Plano de Equacionamento do Déficit Atuarial previsto em Lei será revisado: Sim

Justificativa: o plano de equacionamento do déficit atuarial previsto em Lei é insuficiente.

Comparativo de Receitas e Despesas Previdenciarias Projetadas e Executadas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Descrição	Geração Atual		
	Projetado para 2022	Executado em 2022	Diferença
Base de Cálculo da Contribuição Normal	R$ 20.582.535,92	R$ 25.557.708,87	-R$ 4.975.1
Benefícios Concedidos - Contribuições dos Aposentados	R$ 59.081,52	R$ 0,00	R$ 59.0
Benefícios Concedidos - Contribuições dos Pensionistas	R$ 23.259,71	R$ 0,00	R$ 23.2
Benefícios Concedidos - Compensação Previdenciária a Receber	R$ 0,00	R$ 0,00	
Benefícios a Conceder - Contribuições do Ente	R$ 3.229.160,09	R$ 5.635.474,81	-R$ 2.406.3
Benefícios a Conceder - Contribuições dos Segurados Ativos	R$ 2.050.260,37	R$ 3.578.079,24	-R$ 1.527.8
Benefícios a Conceder - Contribuições dos Aposentados	R$ 0,00	R$ 0,00	
Benefícios a Conceder - Contribuições dos Pensionistas	R$ 0,00	R$ 0,00	
Benefícios a Conceder - Compensação Previdenciária a Receber	R$ 90.720,48	R$ 0,00	R$ 90.7
Plano de Amortização do Déficit Atuarial estabelecido em lei	R$ 6.065.016,17	R$ 6.065.016,17	R$
Parcelamentos de Débitos Previdenciários	R$ 0,00	R$ 0,00	R$
Outras Receitas	R$ 0,00	R$ 0,00	R$
TOTAL DAS RECEITAS COM CONTRIBUIÇÕES E COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA	R$ 11.517.498,35	R$ 15.278.570,22	-R$ 3.761.0
Benefícios Concedidos - Encargos - Aposentadorias Programadas	R$ 12.306.860,12	R$ 14.077.897,32	-R$ 1.771.0
Benefícios Concedidos - Encargos - Aposentadorias Especiais de Professores	R$ 0,00	R$ 0,00	
Benefícios Concedidos - Encargos - Outras Aposentadorias Especiais	R$ 0,00	R$ 0,00	
Benefícios Concedidos - Encargos - Aposentadorias por Invalidez	R$ 0,00	R$ 0,00	
Benefícios Concedidos - Encargos - Pensões Por Morte	R$ 1.847.036,15	R$ 2.075.666,61	-R$ 228.630,4
Benefícios Concedidos - Encargos - Compensação Previdenciária a Pagar	R$ 0,00	R$ 0,00	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Descrição	Geração Atual		
	Projetado para 2022	Executado em 2022	Diferença
Benefícios a Conceder - Encargos - Aposentadorias Programadas	R$ 1.051.224,02	R$ 0,00	R$ 1.051.2
Benefícios a Conceder - Encargos - Aposentadorias Especiais de Professores	R$ 0,00	R$ 0,00	
Benefícios a Conceder - Encargos - Outras Aposentadorias Especiais	R$ 0,00	R$ 0,00	
Benefícios a Conceder - Encargos - Aposentadorias por Invalidez	R$ 0,00	R$ 0,00	
Benefícios a Conceder - Encargos - Pensões Por Morte de Servidores em Atividade	R$ 82.782,03	R$ 0,00	R$ 82.7
Benefícios a Conceder - Encargos - Pensões Por Morte de Aposentados	R$ 0,00	R$ 0,00	
Benefícios a Conceder - Encargos - Outros Benefícios e Auxílios	R$ 0,00	R$ 0,00	R$
Benefícios a Conceder - Encargos - Compensação Previdenciária a Pagar	R$ 0,00	R$ 0,00	
Outras Despesas	R$ 0,00	R$ 0,00	R$
TOTAL DAS DESPESAS COM BENEFÍCIOS DO PLANO	R$ 15.287.902,33	R$ 16.153.563,93	-R$ 865.6
INSUFICIÊNCIA OU EXCEDENTE FINANCEIRO	R$ 3.770.403,98	R$ 874.993,71	R$ 2.895.4
RENTABILIDADE ESPERADA	R$ 4,83	R$ 4,83	R$
Rentabilidade dos Ativos que compõem os Recursos Garantidores	R$ 4,83	R$ 4,83	R$

Comparativo de Informações das Últimas Avaliações Atuariais

Descrição	2023	2022	2021
BASE NORMATIVA			
PLANO DE CUSTEIO VIGENTE			
Contribuição Normal - Ente Federativo	22.05	22.05	15.5
BASE CADASTRAL			
ESTATÍSTICAS DA POPULAÇÃO COBERTA			

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Comparativo de Informações das Últimas Avaliações Atuariais

Descrição	2023	2022	2021
Quantidade de Segurados Ativos	774.00	666.00	57
Quantidade de Aposentados	354.00	347.00	31
Quantidade de Pensionistas	71.00	71.00	7
Média da Base de Cálculo dos Segurados Ativos	3009.06	2472.21	254
Média do Valor do Benefício dos Aposentados	3152.07	2734.08	259
Média do Valor do Benefícios dos Pensionistas	2007.23	2020.26	188
Idade Média dos Segurados Ativos	45.12	45.56	4
Idade Média dos Aposentados	62.42	61.47	6
Idade Média dos Pensionistas	62.07	60.56	6
Idade Média Projetada Para Aposentadoria	62.97	64.33	5
BASE TÉCNICA			
REGIMES E MÉTODOS DE FINANCIAMENTO			
Método de Financiamento Adotado	Não se aplica	Não se aplica	Não se a
RESULTADOS			
VALORES DOS COMPROMISSOS			
Ativos Garantidores dos Compromissos do Plano de Benefícios	39065940.55	30684150.63	23858480.5
Valor Atual dos Benefícios Futuros - Benefícios Concedidos	189667598.67	171879385.47	144650450.7
Valor Atual das Contribuições Futuras - Benefícios Concedidos	680535.53	980745.45	431818.9
Reserva Matemática dos Benefícios Concedidos	188987063.14	170898640.02	144218631.7
Valor Atual dos Benefícios Futuros - Benefícios a Conceder	177478261.92	127090244.93	141116696.97

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Comparativo de Informações das Últimas Avaliações Atuariais

Descrição	2023	2022	2021
Valor Atual das Contribuições Futuras - Benefícios a Conceder	87244420.24	67562287.51	3146227
Reserva Matemática dos Benefícios a Conceder	90233841.68	59527957.42	10965441
Valor Atual da Compensação Financeira a Receber	13290894.24	10271738.83	1283338
Valor Atual da Compensação Financeira a Pagar	0.00	0.00	
Resultado Atuarial	226864070.03	189470707.98	21718118
CUSTO NORMAL			
CUSTO ANUAL PREVISTO (% SOBRE BASE DE CONTRIBUIÇÃO)			
Benefícios em Regime de Capitalização (%)	22.43	21.90	2
Benefícios em Regime de Repartição de Capitais de Cobertura (%)	6.77	6.80	
Benefícios em Regime de Repartição Simples (%)	0.00	0.00	
ALÍQUOTAS DE CUSTEIO NORMAL DEFINIDAS			
Ente Federativo - Contribuição Normal	18.45	18.45	1
Taxa de Administração	3.60	3.60	

Parecer Atuarial

Temas	Parecer
Perspectivas de alteração futura no perfil e na composição da massa de segurados	Estamos projetando aumento no número de segurados ativos, aposentados e pensionistas, com crescimento das bases de cálculo de remuneração e crescimento de proventos de aposentadoria e pensões, sem produzir impacto capaz de alterar o
Adequação da base de dados utilizada e respectivos impactos em relação aos resultados apurados	Concluído o processo de crítica da base cadastral referente ao grupo segurado, o conjunto de informações fornecido foi considerado suficientemente completo, consistente e adequado à análise técnica atuarial, em conformidade com o disposto na
Análise dos regimes financeiros e métodos atuariais adotados e perspectivas futuras de comportamento dos custos e dos compromissos do Plano de Benefícios	Os regimes financeiros e métodos atuariais utilizados para o cálculo do financiamento dos benefícios previdenciários têm se mostrado adequados e eficazes, considerando o histórico do RPPS.
Adequação das hipóteses utilizadas às características da massa de segurados e de seus dependentes e análises de sensibilidade para os resultados	As hipóteses utilizadas estão adequadas ao RPPS, principalmente em relação ao crescimento salarial, taxa de juros e tábuas de mortalidade e invalidez, com aceitável oscilação dos resultados.
Metodologia utilizada para a determinação do valor da compensação previdenciária a receber e impactos nos resultados	Solicitamos e foram informados os valores que estão sendo recebidos da Compensação Previdenciária, sendo deduzidos das Provisões Matemáticas de Benefícios Concedidos.

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL - DRAA

Temas	Parecer
Composição e características dos ativos garantidores do plano de benefícios	Para elaboração do estudo atuarial solicitamos informação dos ativos garantidores separados em:
Variação dos Compromissos do Plano (VABF e VACF)	Não houve alterações significativas no VABF e VACF.
Resultado da avaliação atuarial e situação financeira e atuarial do RPPS	O RPPS vem apresentando uma melhora.
Plano de custeio a ser implementado e medidas para manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial	O Plano de Custeio já adotado em lei se mostra insuficiente para o equilíbrio atuarial. Recomendamos um ajuste no Plano de Custeio, median pronta adoção de uma das alternativas para amortização do deficit elencadas.
Parecer sobre a análise comparativa dos resultados das três últimas avaliações atuariais	Constatamos aumento razoável no número de segurados, com valores de salários/benefícios dentro do esperado.
Identificação dos principais riscos do plano de benefícios	Em razão da sua estrutura, o plano de benefícios apresenta o risco de aposentados e pensionistas superarem a expectativa de vida indicada tábuas de mortalidade utilizadas no cálculo, bem como de os ativos garantidores não alcançarem a meta

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VU-ALDR-79TA-5KIX

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE REGIME PRÓPRIO E COMPLEMENTAR
Departamento dos Regimes Próprios de Previdência Social

Certificado de Regularidade Previdenciária - CRP

EMITIDO CONFORME DETERMINAÇÃO JUDICIAL

Ente Federativo: Igarapava UF: SP
CNPJ Principal: 45.324.290/0001-67

É CERTIFICADO, NA FORMA DO DISPOSTO NO ART. 9º DA LEI Nº 9.717, DE 27 DE NOVEMBRO DE 1998, COM FUNDAMENTO NO ART. 167, XIII, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, NO DECRETO Nº 3.788, DE 11 DE ABRIL DE 2001, E DA PORTARIA N.º 1.467, DE 2 DE JUNHO DE 2022, QUE O ENTE ESTÁ EM SITUAÇÃO IRREGULAR EM RELAÇÃO A LEI Nº 9.717, DE 1998, E AS IRREGULARIDADES OBSERVADAS ESTÃO SUSPENSAS CONFORME DETERMINAÇÃO JUDICIAL, NÃO REPRESENTANDO IMPEDIMENTO À EMISSÃO DESTE CERTIFICADO.

FINALIDADE DO CERTIFICADO

Os orgãos ou entidades da administração direta e indireta da união deverão observar, previamente, a regularidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios quanto ao seu regime Próprio de Previdência Social, nos seguintes casos, conforme o disposto no art 7º da lei nº 9.717, de 1998:

i. Realização de transferências voluntárias de recursos pela união;
ii. Celebração de acordos, contratos, convênios ou ajustes, bem como de empréstimos, financiamentos, avais e subvenções em geral de orgãos ou entidades da administração direta e indireta da união;
iii. Liberação de recursos de empréstimos e financiamentos por instituições financeiras federais;

Certificado emitido em nome do Ente Federativo e válido para todos os orgãos e entidades do município

A aceitação do presente certificado está condicionada à verificação, por meio da internet, de sua autenticidade e validade no endereço: http://www.previdencia.gov.br, pois está sujeito a cancelamento por decisão judicial ou administrativa.

Este certificado deve ser juntado ao processo referente ao ato ou contrato para o qual foi EXIGIDO.

EMITIDO EM 01/10/2023
VÁLIDO ATÉ 29/03/2024

N.º 986503 - 225219

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VF-APZ8-664J-6GDD

ASSINADO DIGITALMENTE TJSP SAJ

SAO VICENTE	46.177.523/0001-09	-	14.199.165,70	-
SERTAOZINHO	45.371.820/0001-28	-	630.048,82	-
SOROCABA	46.634.044/0001-74	1.999.798,33	34.761.762,10	-
SUMARE	45.787.660/0001-01	-	6.062.442,10	-
SUZANO	46.523.056/0001-21	424.228,99	6.977.351,49	-
TABOAO DA SERRA	46.523.122/0001-63	-	4.017.245,58	-
TAMBAU	46.373.445/0001-18	-	64.827,74	-
TAPIRAI	46.634.465/0001-03	1.571,36	1.788.018,68	-
TAQUARITINGA	72.130.818/0001-30	-	222,59	1.382.663,85
TATUI	46.634.564/0001-87	-	387.155,72	-
TERRA ROXA	45.709.896/0001-10	-	49.473,84	-
VALINHOS	45.787.678/0001-02	-	7.588.943,61	-
VARGEM GRANDE DO SUL	46.248.837/0001-55	-	283.804,08	-
VARZEA PAULISTA	45.780.087/0001-03	-	1.182.143,39	-
VIRADOURO	45.709.912/0001-75	-	1.051.370,78	-
VOTORANTIM	46.634.051/0001-76	-	451.067,94	-
VOTUPORANGA	46.599.809/0001-82	-	1.236.600,98	-

Notas Explicativas:

(*) A partir de agosto/16 os demonstrativos fornecidos pelo Banco do Brasil foram alterados, passando a coluna “Repassados no mês” a contemplar os valores transferidos para a conta única do ente federado (70%) e para o fundo de reserva (30%). Segundo o Banco do Brasil, os demonstrativos foram padronizados por aquela instituição financeira para cumprimento da Lei Complementar nº 151/2015.

(**) Incluída a coluna “Desenquadramento” para indicar os entes que devem recompor o saldo do fundo de reserva para ajustar até o mínimo de 30% previsto na LC nº 151/2015.

(***) Esclarecemos que grande parte dos Entes deixou de receber os repasses devido à desabilitação, com fundamento no §1º do artigo 1º e artigo 16 da Portaria nº 9.598/2018, conforme despacho publicado em 26.03.2019, pg. 61, no Diário da Justiça Eletrônico.

Emenda Constitucional nº 99/17

A Secretaria de Orçamento e Finanças, com base no relatório emitido pelo Banco do Brasil e nos termos do inciso III, art. 11 da Portaria nº 9.598/2018 da E. Presidência COMUNICA os valores repassados no mês de DEZEMBRO de 2023, em face da Emenda Constitucional nº 99/17, para os entes federados a seguir discriminados:

DEZEMBRO/2023

ENTE FEDERADO	CNPJ	LEGISLAÇÃO	VALOR REPASSADO NO MÊS	SALDO FUNDO GARANTIDOR	DESENQUADRAMENTO (*)
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO	46.379.400/0001-50	EC 99/2017-Dep. Ente Parte	131.748.733,81	2.955.126.147,44	23.179.314,69
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO	46.379.400/0001-50	EC 99/2017-Dep. Particulares	424.919.525,44	5.186.983.323,99	-
ARARAQUARA	45.276.128/0001-10	EC 99/2017-Dep. Ente Parte	246.570,33	1.871.729,45	52.082,28
ARARAQUARA	45.276.128/0001-10	EC 99/2017-Dep. Particulares	1.477.875,27	19.076.816,81	-
CUBATAO	47.492.806/0001-08	EC 99/2017-Dep. Ente Parte	839.919,25	13.436.948,73	-
CUBATAO	47.492.806/0001-08	EC 99/2017-Dep. Particulares	149.754,08	6.199.151,69	-
GUARA	45.353.299/0001-04	EC 99/2017-Dep. Ente Parte	-	61.000,43	252.002,44
IGARAPAVA	45.324.290/0001-67	EC 99/2017-Dep. Particulares	42.335,06	2.383.987,72	-
PRESIDENTE PRUDENTE	55.356.653/0001-08	EC 99/2017-Dep. Ente Parte	519.319,21	5.672.296,67	110.549,47
SÃO BERNARDO DO CAMPO	46.523.239/0001-47	EC 99/2017-Dep. Ente Parte	18.557.971,83	-	4.641.040,07
UCHOA	45.111.952/0001-10	EC 99/2017-Dep. Ente Parte	-	50.429,80	-

(*) Incluída a coluna “Desenquadramento” para indicar os entes que devem recompor o saldo do fundo garantidor para ajustar até o mínimo de 25% (Dep. Ente Parte) e 50% (Dep. Particulares) previsto na EC nº 99/2017.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UY-HZG4-69KU-4TOO

15

PREFEITURA
MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413 – CENTRO - CEP 14540-000CNPJ
45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 – 8200
E – MAIL: prefeitura@igarapava.sp.gov.br

Declaração

Declaro que o município não recebeu diretamente em seus cofres recursos do Fundo Garantidor, e nem fez utilização de valores. Entretanto, o Fundo Garantidor efetuou repasses diretamente ao DEPRE.

Igarapava-sp- 26 de julho de 2024

Helem S. Manoel
Chefe de setor Contabilidade e Orçamento

Adélia de Paula
Diretora Financeira

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UJ-GIYC-7KFZ-7K0G

Prefeitura Municipal de Igarapava

PREFEITO MUNICIPAL

LEI Nº 836 – DE: 19 de Fevereiro de 2019

DISPÕE SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS DEPÓSITOS JUDICIAIS PREVISTOS NO INCISO II, DO § 2º, DO ART. 101 DO ADCT DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, COM REDAÇÃO DADA PELA EMENDA CONSTITUCIONAL 99/2017, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, Prefeito do Município de Igarapava, Estado de São Paulo, no uso das atribuições legais.

CONSIDERANDO *que o artigo 101, caput, do ADCT da Constituição Federal, com redação dada pela EC nº 99/17, criou regime especial aplicável aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios em mora com o pagamento de seus precatórios em 25/03/2015, permitindo a quitação até 31/12/2024 de seus débitos relativos a precatórios vencidos e vincendos dentro desse período, mediante uso de parte de depósitos judiciais (§ 2º, inciso II), com criação de fundo garantidor constituído em montante equivalente aos recursos levantados pela parcela restante dos depósitos judiciais quando Ente não parte, sob a única e exclusiva administração deste;*

CONSIDERANDO *a disciplina dos procedimentos no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo – TJ/SP, feita através da Portaria nº 9.598/2018, para uso de depósitos judiciais admitido no regime especial constitucional e controle e fiscalização das transferências, composições e recomposições dos fundos garantidores referidos nos incisos I e II do § 2º do artigo 101 do ADCT da CF;*

FAZ SABER QUE: A Câmara Municipal aprovou e ele sanciona e promulga a seguinte Lei:

Art. 1º - Os depósitos judiciais referentes a processos sob jurisdição do TJ/SP, nos moldes estabelecidos pelo inciso II, do § 2º, do artigo 101 do ADCT da Constituição Federal, com redação dada pela Emenda Constitucional 99/2017, poderão ser disponibilizados ao Município de Igarapava, nos termos da Portaria nº 9.598/2018 do E. TJ/SP ou outra que vier a substituí-la.

§ 1º De acordo com o inciso II, do § 2º, do artigo 101 do ADCT da Constituição Federal, até 30% (trinta por cento) dos depósitos judiciais sob jurisdição do TJ/SP poderão ser utilizados para quitação de precatórios no Regime Especial, dos quais 50% (cinquenta por cento) refere-se ao montante cabível aos municípios, sendo que os 50% (cinquenta por cento) remanescentes poderão ser levantados pelo Estado de São Paulo.

§ 2º O rateio dos valores entre municípios habilitados será feito considerando os recursos da Comarca onde estão depositados, e, se houver mais de um Município concorrente na mesma Comarca, a divisão será feita considerando proporcionalmente a respectiva população, utilizando como referência o último levantamento censitário ou a mais recente estimativa populacional da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V7-LFYZ-772D-KYTP

FLS: 111

PREFEITO MUNICIPAL

LEI Nº 836 – DE: 19 de Fevereiro de 2019

Artigo 2º - Para habilitação ao regime especial constitucional assegurado no artigo 101, § 2º, inciso II, do ADCT da CF, o Município de Igarapava deverá protocolizar, junto à Presidência do Tribunal de Justiça, Termo de Compromisso acompanhado de todos os documentos constantes do artigo 1º da Portaria 9.598/2018 daquele Tribunal.

Artigo 3º - A instituição financeira gestora dos depósitos judiciais, após habilitação do Município e formalização do contrato de prestação de serviços objetivando a implementação das rotinas relacionadas aos repasses de depósitos judiciais e constituição do fundo garantidor com o Município de Igarapava, dará início ao procedimento de repasse dos recursos dos depósitos previstos no artigo 101, § 2º, inciso II, do ADCT da CF para a respectiva conta especial administrada pelo TJ/SP, destinada ao pagamento dos precatórios devidos pelo Município de Igarapava, que ocorrerá no último dia útil do mês corrente se a formalização do contrato for efetuada até o dia 25 (vinte e cinco) e até o último dia útil do mês seguinte para os demais casos.

§ 1º A primeira transferência após a migração para o regime da EC nº 99/17 para a conta especial administrada pelo TJ/SP será realizada considerando os valores obtidos após se aplicar os percentuais definidos no respectivo regime especial constitucional ao Município de Igarapava sobre o saldo total dos depósitos, devidamente identificados, a que se referem os §§ 1º e 2º do artigo 1º desta Lei.

§ 2º As demais transferências para a conta especial administrada pelo TJ/SP deverão ocorrer no último dia útil de cada mês, nos percentuais definidos nos §§ 1º e 2º do artigo 1º desta lei, calculados sobre o acréscimo de novos depósitos no mês de referência, desde que persistente a habilitação do município de Igarapava e somente enquanto vigorar o respectivo regime jurídico especial constitucional ou legal.

Art. 4º - Os recursos mencionados no artigo 3º desta lei serão registrados como receita orçamentária corrente e/ou capital, em subalínea específica, bem como identificados com uma fonte de recursos específica.

Art. 5º - Fica instituído o fundo garantidor dos depósitos judiciais na forma disciplinada pela Portaria 9.598/2018 do TJ/SP, ou outra que vier a substituí-la, a ser mantido junto à instituição financeira oficial depositária judicial do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, destinado a garantir a restituição da parcela transferida à conta única do Município de Igarapava, nos termos dos artigos 1º e 3º desta Lei.

§ 1º O montante dos depósitos judiciais não repassados à conta única do Município constituirá o fundo de reserva referido no *caput* deste artigo, cujo saldo será equivalente ao montante de recursos levantados pelo Município de Igarapava nos termos dos artigos 1º e 3º desta Lei, acrescidos da remuneração que lhes foi atribuída, devendo ser constituído por até 30% (trinta por cento) dos depósitos judiciais realizados por particulares, enquanto que o saldo remanescente permanece depositado em conta judicial de depósito.

§ 2º A constituição do fundo de reserva será realizada pela instituição financeira oficial na forma regulamentada pelo Poder Judiciário Paulista.

§ 3º Os valores recolhidos ao fundo de reserva terão remuneração equivalente à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia - SELIC, ou outra que vier a substituí-la, nunca inferior aos índices e critérios aplicados aos depósitos levantados.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V7-LFYZ-772D-KYTP

§ 4º Habilitado o Município de Igarapava ao recebimento das transferências referidas no artigo 1º desta lei, fica ciente, concorda e autoriza que a parcela da remuneração resultante do diferencial entre a taxa SELIC e a atualização pelos índices e critérios aplicados aos depósitos judiciais será mensalmente apurada sobre os saldos médios diários e debitada do fundo garantidor constituído, sendo transferida até o 5º (quinto) dia útil do mês imediatamente posterior pela instituição financeira gestora dos depósitos judiciais ao TJ/SP, em razão dos serviços de controle e fiscalização da sistemática prevista na presente normatização, ficando o Município de Igarapava responsável pela recomposição do fundo garantidor em até 48 (quarenta e oito) horas.

§ 5º A instituição financeira gestora dos depósitos informará ao Município diariamente se o saldo de seu fundo garantidor está de acordo com os montantes mínimos indicados no § 1º deste artigo, para que, em caso negativo, procedam à recomposição desses limites, conforme previsto no artigo 9º, § 1º, desta lei.

Art. 6º - O Poder Executivo poderá adequar e criar em sua estrutura orçamentária, por meio de Decreto, procedimentos, inclusive orçamentários, para abertura de créditos adicionais suplementares para fim de escriturar as despesas do fundo garantidor previsto no artigo 5º desta lei.

Parágrafo único – Entende-se por despesa orçamentária do fundo garantidor:

I – As despesas destinadas exclusivamente ao pagamento de precatórios judiciais de qualquer natureza pagos com os recursos repassados à conta única administrada pelo TJSP na forma do artigo 3º desta lei.

II – As despesas para cobertura de insuficiências financeiras, se houver, do fundo garantidor, que deve ser reconstituído em até 48 horas através de transferências de recursos financeiros ao fundo em conformidade com os §§ 4º e 5º do artigo 5º desta Lei.

III – As despesas com recolhimento ao fundo de reserva relativas à remuneração equivalente à Taxa Referencial do Sistema Especial de Liquidação e Custódia – SELIC, ou outra que vier a substitui-la, nos termos do § 3º do artigo 5º desta lei.

Art. 7º - A instituição financeira oficial fornecerá, mensalmente, relatório consolidado do montante e datas de repasses ao Município de Igarapava, a que se referem os artigos 1º e 3º desta lei.

Art. 8º - Os recursos repassados à conta única do Município na forma desta Lei, ressalvados os destinados ao fundo de reserva de que trata o § 1º do art. 5º, serão aplicados, exclusivamente, no pagamento de precatórios judiciais de qualquer natureza.

Art. 9º - Quando em qualquer dos processos referidos no artigo 1º desta lei houver determinação judicial para saque de valor depositado, a instituição financeira gestora dos depósitos o colocará, em sua totalidade, à disposição da pessoa autorizada a sacar, acrescido da remuneração pelos índices e critérios aplicáveis na sua atualização até a data da efetivação do saque, ocasião em que se debitará do respectivo fundo garantidor a parcela anteriormente repassada ao Município de Igarapava.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V7-LFYZ-772D-KYTP

FLS: 113

PREFEITO MUNICIPAL

LEI Nº 836 – DE: 19 de Fevereiro de 2019

§ 1º - Identificada a insuficiência do saldo do fundo garantidor para a cobertura de um levantamento ou de uma transferência eletrônica ou operação assemelhada determinada em processo judicial, ou se for verificado que este se reduziu, pelo mesmo motivo, abaixo do limite mínimo indicado no § 1º do art. 5º desta lei, e, ainda, se não for recomposto em 48 (quarenta e oito) horas da comunicação ao Município de Igarapava a que se refere o artigo 5º, § 5º, desta lei, a instituição financeira gestora dos depósitos adotará as seguintes providências:

I - a imediata suspensão de repasse de qualquer parcela correspondente a depósitos para a conta especial administrada pelo TJ/SP até que o valor integral devido, por determinação judicial, seja colocado à disposição do depositante, devidamente acrescido da correção monetária e respectiva remuneração, bem como que esteja regularizado o saldo do fundo de garantidor, observado o limite mínimo fixado no § 1º do art. 5º desta lei;

II – a imediata comunicação à Presidência do TJ/SP quanto ao descumprimento pelo Município do termo de compromisso firmado;

III - a imediata comunicação ao Órgão Jurisdicional responsável pelo processo ao qual se refira o depósito judicial sem fundos ou ordem de transferência de valores sem lastro, do descumprimento pelo Município da normatização atinente ao Regime Especial da EC 99/2017 e das providências adotadas.

§ 2º O TJ/SP emitirá ordem de sequestro ao Município, imediatamente após ter sido comunicado pela instituição financeira gestora dos depósitos, dos valores necessários para recomposição do fundo garantidor, se não cumprido pelo Município o prazo descrito no § 1º deste artigo.

Art. 10 - Na hipótese de descumprimento por três vezes da obrigação de recomposição do fundo garantidor, a instituição financeira gestora dos depósitos judiciais excluirá o Município de Igarapava da sistemática de que trata o artigo 101, § 2º, do ADCT da CF, comunicando imediatamente à Presidência do TJ/SP e ao Município.

Parágrafo único – A exclusão importará na obrigação de pronta devolução da integralidade dos recursos levantados, devidamente corrigidos monetariamente e com incidência dos respectivos encargos remuneratórios, com a recomposição dos valores correspondentes à totalidade das contas de depósitos judiciais no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas, contadas da data da ciência pelo Município da comunicação expedida pela instituição financeira gestora dos depósitos, a qual deverá ser informada pelo banco à Presidência do Tribunal de Justiça Paulista.

Art. 11 - Como forma de padronizar o registro contábil das operações de levantamentos de depósitos judiciais tratados nesta lei, bem como evitar distorções nas demonstrações contábeis, o Município deverá contabilizar tais operações como obrigações de longo prazo e registrar os repasses orçamentários para pagamento de precatórios como despesas não primárias.

Art. 12 - Cessado o regime especial constitucional, os valores mantidos no fundo garantidor serão restituídos na medida em que venham a ser demandados os levantamentos dos depósitos pelas partes dos processos, e se dará pela via da regular recomposição do fundo garantidor, até o momento em que não mais existirem saldos de depósitos a serem recompostos, devidamente atualizado e acrescido das remunerações devidas aos depósitos judiciais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V7-LFYZ-772D-KYTP

Parágrafo único - Quando não houver mais saldos de depósitos a serem recompostos, o valor remanescente no fundo garantidor, se houver, será imediatamente transferido pela instituição financeira para a conta de depósitos do TJ/SP.

Art. 13 - As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário por Decreto do Executivo.

Art. 14 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA
Aos dezenove de fevereiro de 2019

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Prefeito Muncipal

REGISTRADA. Publicada e arquivada no livro próprio, na data supra.

MAURÍCIO LAURENTE
Diretor Departamento Administrativo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V7-LFYZ-772D-KYTP

PREFEITURA
MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413 – CENTRO - CEP 14540-000CNPJ
45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 – 8200
E – MAIL: prefeitura@igarapava.sp.gov.br

Declaração

O Departamento de contabilidade declara que em 31/12/2023 não havia requisições de pequeno valor (RPV) vencidas e pendentes de pagamento pela prefeitura.

Igarapava-sp- 31 de julho de 2024

Helem S. Manoel
Chefe de setor Contabilidade e Orçamento

Adélia de Paula
Diretora Financeira

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TN-FGYF-6CP7-4JL1

Nº do Precatório	Nome do Beneficiário	Tipo do Precatório	Nº da Ação	Data do Ajuizamento	Data da Apresentação	Valor Original do Precatório	Valor Atualizado até 31/12 do Exercício Anterior	Valor Vencido no Exercício	Valor da Atualização Monetária ou Inclusões Efetuadas no Exercício Atual	Valor Cancelado	Valor Pago	Saldo Atualizado em 31/12 do Exercício Atual
0011636-71.2014.5.15.0052	FRANCISCO CARLOS FIOD SOARES	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0011636-71.2014.5.15.0052		01/07/2015	6.763,33	11.387,59	0	0	0	0	11.387,59
00867/14	FAZENDA DO ESTADO DE SÃO PAULO	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0000079-93.2004.8.26.0242		30/01/2014	167.951,52	291.138,49	0	0	0	0	291.138,49
jan/19	Alcioni Gomes da Silva	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0001098-80.2017.8.26.0242/0002	05/03/2018	05/03/2018	11.491,20	15.326,93	0	0	0	0	15.326,93
jan/19	Emerendano, Baqqio e Associados - Advogados	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000138-62.1996.8.26.0242/0002	21/07/2017	21/07/2017	155.458,37	187.206,39	0	0	0	0	187.206,39
0167752-882019.8.26.0500	Carlos Henrique Pontes da Rocha	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0167752-882019.8.26.0500		15/03/2019	44.996,89	4.479,39	0	0	0	0	4.479,39
02175/14	APOLO TURISMO TRANSPORTES E ESTACIONAMENTO LTDA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000922-29.2002.8.26.0242		13/02/2014	141.690,53	238.918,26	0	0	0	0	238.918,26
fev/19	Magnabosco & Cia Ltda	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0001751-73.2003.8.26.0242/0004	08/06/2018	08/06/2018	129.243,76	157.847,97	0	0	0	0	157.847,97
fev/19	Nilza Aparecida Pereira	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0001256-72.2016.8.26.0242/0001	09/08/2017	09/08/2017	26.901,63	33.432,13	0	0	0	0	33.432,13
0226418-82.2019.8.26.0500	Silvana de Castro	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0226418-82.2019.8.26.0500		04/04/2019	73.783,21	26.848,27	0	0	0	0	26.848,27
0239185-55.2019.8.26.0500	João Batista Soares Adão - ME	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0239185-55.2019.8.26.0500		10/04/2019	125.347,05	145.703,90	0	0	0	0	145.703,90
mar/19	O2 Centro Hiperbarico Ltda EPP	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0001749-15.2017.8.26.0242/0001	15/06/2018	15/06/2018	25.671,54	31.793,23	0	0	0	0	31.793,23
abr/19	Vicente de Paula Precioso	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0001076-22.2017.8.26.0242/0001	03/04/2018	03/04/2018	124.950,99	155.293,95	0	0	0	0	155.293,95
mai/19	Dirce Colmanetti Menezes e outros	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0005844-40.2007.8.26.0242/0001	20/04/2018	20/04/2018	31.067,55	993,43	0	0	0	0	993,43
jun/19	Silvio Augusto Evangelista	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0002442-33.2016.8.26.0242/0001	29/05/2018	29/05/2018	43.307,03	53.270,60	0	0	0	0	53.270,60
08170/2021	Nilva Maria Pimentel	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0010324-84.2019.5.15.0052		28/06/2021	138.940,31	138.940,31	0	0	0	0	138.940,31
08171/2021	Andrea da Silva Maluf Rocha	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0010324-84.2019.5.15.0052		28/06/2021	13.889,45	13.889,45	0	0	0	0	13.889,45
ago/19	ANTONIO BORGES DE OLIVEIRA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0001454-75.2017.8.26.0242/0001	08/06/2018	08/06/2018	236.409,95	245.365,93	0	0	0	0	245.365,93
09537/2021	Valdinei de Jesus Mendes Campos	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000278-87.2011.5.15.0158		01/07/2021	53.532,74	53.532,74	0	0	0	0	53.532,74
09540/2021	Pedro dos Reis Monteiro	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0011563-94.2017.5.15.0052		01/07/2021	32.853,74	32.853,74	0	0	0	0	32.853,74
out/18	Gustavo Diego dos Santos	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0001709-48.2008.8.26.0242/0003		02/05/2017	8.890,06	14.818,68	0	0	0	0	14.818,68
out/21	Adalberto Vicentini Junior	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0141240-34.2020.8.26.0500	17/06/2020	17/06/2020	3.913,18	4.333,08	0	0	0	0	4.333,08
10379/2021	Andreia Dias	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0011292-85.2017.5.15.0052		01/07/2021	36.773,08	36.773,08	0	0	0	0	36.773,08
nov/21	Luis Fabio Ignacio Alves	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0156756-94.2020.8.26.0500	30/06/2020	30/06/2020	19.587,45	21.689,28	0	0	0	0	21.689,28
jan/18	Laboratório de Analises Clinicas e Citologia Santa Rita Ltda.	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0006539-81.2013.8.26.0242/0002		13/09/2016	36.168,20	59.663,03	0	0	0	0	59.663,03
jan/20	Agostinho Pimentel	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0012152-57.2015.5.15.0052		18/10/2018	16.490,59	16.490,59	0	0	0	0	16.490,59
jan/21	Alan Kardec de Mendonça	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0012530-76.2016.5.15.0052	11/09/2019	11/09/2019	124.103,15	124.103,15	0	0	0	0	124.103,15
jan/21	Otavio Augusto Tavares e Cia Ltda Me	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0499869-59.2019.8.26.0500	16/10/2019	16/10/2019	10.665,38	11.809,83	0	0	0	0	11.809,83
jan/21	WAGNER DONIZETE LEAL	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0452047-74.2019.8.26.0500	14/08/2019	14/08/2019	17.774,38	19.681,65	0	0	0	0	19.681,65

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V2-73TG-5V2M-7LL6

dez/21	Elza Maria Ferreira	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0156764-71.2020.8.26.0500	30/06/2020	30/06/2020	58.898,02	16.683,41	0	0	0	0	16.683,41
14424/2020	Gilvan Martins dos Anjos	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0011914-04.2016.5.15.0052		05/03/2021	20.024,35	20.024,35	0	0	0	0	20.024,35
fev/11	Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Igarapava	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0092700-86.2008.5.15.0158		25/05/2010	192.051,35	192.051,35	0	0	0	0	192.051,35
fev/12	Andrea Silva Maluf	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0041700-47.2008.5.15.0158		22/06/2011	448.140,51	448.140,51	0	0	0	0	448.140,51
fev/18	Paulo Sérgio Perez Me	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0000095-33.1993.8.26.0242/0001		30/11/2016	11.575,66	20.539,93	0	0	0	0	20.539,93
fev/20	Aurélio Pereira dos Santos	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0010268-22.2017.5.15.0052		13/05/2019	112.921,93	112.921,93	0	0	0	0	112.921,93
fev/21	CHRISTIANE DE ARAUJO SINICIO	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0474469-43.2019.8.26.0500	19/09/2019	19/09/2019	38.941,72	43.120,32	0	0	0	0	43.120,32
fev/21	Nacional Comercial Hospitalar Ltda	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0499874-81.2019.8.26.0500	16/10/2019	16/10/2019	14.557,87	16.119,98	0	0	0	0	16.119,98
fev/21	Rosemeire de Paula Cardoso	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0011639-21.2017.5.15.0052		30/10/2019	135.994,45	135.994,45	0	0	0	0	135.994,45
mar/18	Oscar Frederico Loureiro	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	3001980-30.2013.8.26.0242/0003		25/07/2016	13.104,24	22.109,79	0	0	0	0	22.109,79
mar/21	João Carlos Elias	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0487277-80.2019.8.26.0500	27/09/2019	27/09/2019	53.391,49	10.586,01	0	0	0	0	10.586,01
mar/21	Juracy Barretos Sinicio	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0015861-83.2020.8.26.0500	04/02/2020	04/02/2020	17.682,72	19.580,15	0	0	0	0	19.580,15
374/15	JOSE ANTONIO MOURA	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	374/15		01/07/2015	59.702,26	49.146,55	0	0	0	0	49.146,55
3814/2017	Genivan da Silva	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000393-74.2012.5.15.0158		08/06/2017	20.440,40	28.244,63	0	0	0	0	28.244,63
3815/2017	Alcides Cândido Martins Moises	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000382-45.2012.5.15.0158		08/06/2017	40.118,30	55.437,52	0	0	0	0	55.437,52
4011/2017	Rogério Lopes Ramos	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000256-63.2010.5.15.0158		09/06/2017	8.631,75	12.089,13	0	0	0	0	12.089,13
abr/18	Antônio Ricardo Bortoletto	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0002495-82.2014.8.26.0242/0002		13/09/2016	11.855,79	19.179,27	0	0	0	0	19.179,27
abr/21	Ativa Comercial Hospitalar Ltda	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0138367-61.2020.8.26.0500	15/06/2020	15/06/2020	50.221,19	55.610,15	0	0	0	0	55.610,15
4358/2017	Francisco José Cerqueira Neto	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000143-41.2012.5.15.0158		20/06/2017	30.134,44	41.932,26	0	0	0	0	41.932,26
mai/18	Eliana Tiyako Kurimori Afonso	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0002105-15.2014.8.26.0242/0002		13/09/2016	25.436,74	41.706,68	0	0	0	0	41.706,68
mai/21	Bernardes Promoçoes Artisticas Eireli	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0156757-79.2020.8.26.0500	30/06/2020	30/06/2020	55.194,27	61.116,86	0	0	0	0	61.116,86
jun/18	Antônio Dejalma da Silva	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000106-14.2012.5.15.0158	01/07/2017	01/07/2017	82.869,99	82.869,99	0	0	0	0	82.869,99
jun/21	Nutricionale Comercio de Alimentos LTDA	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0156760-34.2020.8.26.0500	30/06/2020	30/06/2020	77.032,57	85.298,50	0	0	0	0	85.298,50
jun/21	Valda Helena Basso	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0138369-31.2020.8.26.0500	15/06/2020	15/06/2020	17.646,81	19.540,40	0	0	0	0	19.540,40
6595/15	CLAUDIO ANTONIO SOARES	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	6595/15		01/07/2015	16.395,73	31.792,43	0	0	0	0	31.792,43
70248/2021	BALTAZAR RODRIGUES SANT ANA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0011564-79.2017.5.15.0052		01/07/2022	134.225,60	134.225,60	0	0	0	0	134.225,60
70378/2021	JOSE RUY NETO	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0011565-64.2017.5.15.0052		01/07/2022	144.448,21	144.448,21	0	0	0	0	144.448,21
jul/18	José Caetano de Souza	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0003312-25.2009.8.26.0242/0002		28/04/2017	18.593,93	35.008,84	0	0	0	0	35.008,84
79724/2021	CLAUDINEI SILVA JUNIOR	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0011175-94.2017.5.15.0052		01/07/2022	177.323,81	177.323,81	0	0	0	0	177.323,81
ago/18	Lincoln Rodberto dos Santos	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0001708-63.2008.8.26.0242/0002		28/04/2017	20.498,35	37.327,59	0	0	0	0	37.327,59
ago/21	Cristhiane Vicentini Gavazzi	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0141237-79.2020.8.26.0500	17/06/2020	17/06/2020	3.913,18	4.333,08	0	0	0	0	4.333,08
set/18	Rodrigo Garcia Jacinto	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0002404-21.2016.8.26.0242/0002		28/04/2017	38.742,34	54.460,40	0	0	0	0	54.460,40

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V2-73TG-5V2M-7LL6

set/21	Cláudia Aparecida Vicentini Araújo	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0141239-49.2020.8.26.0500	17/06/2020	17/06/2020	3.913,18	4.333,08	0	0	0	0	4.333,08
EP-2355/13	ROBERTO VIEIRA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000151-27.1997.8.26.0242		01/07/2013	123.122,31	132.454,98	0	0	0	0	132.454,98
EP-2385/13	CIA PAULISTA DE FORÇA E LUZ - CPFL	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0000138-62.1996.8.26.0242		01/07/2013	1.333.245,28	2.127.975,79	0	0	0	0	2.127.975,79
EP-2960/13	ANTONIO FERREIRA BARBOZA E O/O	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0001907-61.2003.8.26.0242		01/07/2013	114.399,07	116.602,26	0	0	0	0	116.602,26
EP-3335/13	CLEONICE BRITO DO NASCIMENTO E O/O	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000970-17.2004.8.26.0242		01/07/2013	354.183,16	411.339,51	0	0	0	0	411.339,51
EP-7801/12	CARUSI TRANSPORTES TURISTICOS LTDA	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	2,42012E+15		01/07/2013	74.696,56	105.739,57	0	0	0	0	105.739,57
EP-8131/12	AMBITEC ENGENHARIA LTDA	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	2,42012E+16		01/07/2013	323.308,91	340.606,58	0	0	0	0	340.606,58
EP-9331/11	LIXOTEC-EMPRESA TÉCNICA DE TRANSPORTES DE LIXO LTDA	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	224/94	23/03/1994	04/11/2012	5.002.098,07	5.869.677,05	0	0	0	0	5.869.677,05
EP-933/13	MB SANEAMENTO E PAVIMENTAÇÃO LTDA	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0002961-96.2002.8.26.0242		01/07/2013	291.457,14	375.858,22	0	0	0	0	375.858,22
Não Tem	SINDICATO DOS SERVIDORES PUBLICOS MUNICIPAIS DE IGARAPAVA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	927/2008	10/03/2000	20/05/2010	129.050,22	192.051,35	0	0	0	0	192.051,35
Não Tem	ANDREIA SILVA MALUF	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	417/2008	16/04/2008	17/06/2011	214.736,18	448.140,51	0	0	0	0	448.140,51
Não Tem	ROSELI SEVERIANO DE PAULA + ALAN KARDEC DE MENDONÇA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	574/2009	28/05/2009	19/05/2011	27.024,75	55.136,93	0	0	0	0	55.136,93
Não Tem	GILMAR DE SOUZA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	426/2008	15/03/2008	31/05/2011	37.067,76	76.020,17	0	0	0	0	76.020,17
N Tem	GENI BESSA E OUTRO	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0087800-60.2008.5.15.0158	20/04/2008	14/05/2012	45.855,45	40.171,40	0	0	0	0	40.171,40
TJ 1-2017	DORA LUCIA PIMENTEL	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	883573/2016		30/06/2016	10.972,53	15.523,56	0	0	0	0	15.523,56
TJ 1/2022	José Moysés Júnior	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0074946-63.2021.8.26.0500		04/03/2021	30.801,44	30.801,44	0	0	0	0	30.801,44
TJ 1/2022	Mariza Nunes Barros	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0265192-50.2020.8.26.0500		15/10/2020	13.987,75	13.987,75	0	0	0	0	13.987,75
TJ 2-2017	LUCIANA GOMES BORTOLETTO	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	3915169/2016		30/06/2016	20.354,27	28.834,38	0	0	0	0	28.834,38
TJ 2/2022	Ângela Maria dos Santos	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0298010-55.2020.8.26.0500		16/11/2020	81.552,19	81.552,19	0	0	0	0	81.552,19
TJ 2/2022	Empresa de Transportes Lider Ltda.	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0108320-70.2021.8.26.0500		25/03/2021	4.165.912,57	4.165.912,57	0	0	0	0	4.165.912,57
TJ 3-2017	LUCIANA PETIN	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	3915509/2016		30/06/2016	22.019,55	30.970,79	0	0	0	0	30.970,79
TJ 3/2022	Glaucia Maria Alves Ferreira Ponde de S	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0119212-38.2021.8.26.0500		31/03/2021	25.809,91	25.809,91	0	0	0	0	25.809,91
TJ 3/2022	Nasman Industria Comercio e Construç	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0232602-83.2021.8.26.0500		18/06/2021	717.016,43	717.016,43	0	0	0	0	717.016,43
TJ 4-2017	ANTONIO MARMO MOTA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	3915946/2016		30/06/2016	26.516,55	345,7	0	0	0	0	345,7
TJ 4/2022	A.C. Assed Refrigeração ME	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0233728-71.2021.8.26.0500		18/06/2021	43.481,69	43.481,69	0	0	0	0	43.481,69
TJ 4/2022	Marcelo Pires Sociedade de Advogados	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0232603-68.2021.8.26.0500		18/06/2021	56.833,32	56.833,32	0	0	0	0	56.833,32
TJ 5-2017	ADRIANA VALIM VIANNA PIMENTA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	4168583/2016		30/06/2016	28.993,42	41.255,03	0	0	0	0	41.255,03
TJ 5/2022	Fazenda Santa Cristina Ltda	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0252531-05.2021.8.26.0500		01/07/2021	12.057,39	12.057,39	0	0	0	0	12.057,39
TJ 5/2022	RITA DE CASSIA TEIXEIRA DE SOUZA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0232604-53.2021.8.26.0500		18/06/2021	16.212,07	16.212,07	0	0	0	0	16.212,07

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V2-73TG-5V2M-7LL6

TJ 6/2022	MARA DE OLIVEIRA BARBOSA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0232605-38.2021.8.26.0500		18/06/2021	17.720,60	17.720,60	0	0	0	0	17.720,60
TJ 6/2022	O2 Centro Hiperbarico Ltda Epp	Ordinário - Demais Casos (art. 100, caput, e 1º, CF)	0252532-87.2021.8.26.0500		01/07/2021	46.684,32	46.684,32	0	0	0	0	46.684,32
TJ 7/2022	CRISTIANE PAULA DA SILVA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0232606-23.2021.8.26.0500		18/06/2021	17.506,13	17.506,13	0	0	0	0	17.506,13
TJ 8/2022	SANDRA DE SOUZA BATISTA	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0232607-08.2021.8.26.0500		18/06/2021	18.063,63	18.063,63	0	0	0	0	18.063,63
TRT-07331/2020	Rodrigo Alves de Oliveira	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000084-53.2012.5.15.0158	26/06/2020	26/06/2020	39.013,00	39.013,00	0	0	0	0	39.013,00
TRT-07345/2020	Adriano Pereira Pinheiro	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	0000279-72.2011.5.15.0158		26/06/2020	20.813,25	20.813,25	0	0	0	0	20.813,25
TRT 1-2017	CLAUDINE OLIVEIRA FALCÃO E OTS	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	1,16367E+17		30/06/2016	104.747,99	151.598,07	0	0	0	0	151.598,07
TRT 1-2018	WALDARIQUE RODRIGUES	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	1,18341E+17		30/07/2017	71.671,49	106.945,09	0	0	0	0	106.945,09
TRT 2-2017	GIOVANI DONIZETE DE MENDONÇA E OTS	Alimentício (art. 100, § 1º-A, CF)	2,25382E+15		30/06/2016	35.368,71	51.071,07	0	0	0	0	51.071,07
							20.422.665,93					20.422.665,93

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V2-73TG-5V2M-7LL6

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413-CENTRO – CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 8200

DECLARAÇÃO

Declaro, na qualidade de responsável pelo Departamento de Negócio Jurídico para fins de informando que no exercicio de 2023, não houve acordos diretos com credores de precatórios ou o pagamento de precatórios mediante acordos diretos com credores celebrados em exercicios anteriores com a Prefeitura Municipal de Igarapava/SP.

Igarapava/SP 01 de agosto de 2024.

BRUNO RENE CRUZ RAFACHINI

Assinado de forma digital por BRUNO RENE CRUZ RAFACHINI
Dados: 2024.08.01 15:03:20 -03'00'
Versão do Adobe Acrobat: 2021.002.20089

BRUNO RENE CRUZ RAFACHINI
DIRETOR NEGÓOCIO JURÍDICO
OAB/SP 279.915

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V2-14S4-5V2M-3AC6

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
DEPRE 5.2 - Serviço de Gestões das Dívidas, Conciliações e Rateios dos Depósitos - Letras I a P
Endereço: Viaduto Dona Paulina, 80
Centro - CEP 01501-020 - São Paulo - SP
Fone: (11) 3489-6802 / E-mail: depre5.2@tjsp.jus.br

DECISÃO

Processo DEPRE nº: **9000521-19.2015.8.26.0500/03**
Ent. Devedora: **PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA**
Assunto: **Apuração da Suficiência dos Depósitos**

Vistos.

Quanto à verificação da suficiência dos depósitos efetuados nas contas abertas pelo Tribunal de Justiça, os depósitos mensais referentes ao período de janeiro a dezembro de 2023, feitos pela PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, conforme levantamentos técnicos feitos pela DEPRE, revelaram-se **SUFICIENTES,** considerando a alíquota de 2,73%.

Expeça-se a Certidão de Adimplência.

Oficie-se à PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA para conhecimento.

São Paulo, 10 de janeiro de 2024.

AFONSO FARO JR.
Desembargador Coordenador da
Diretoria de Execuções de Precatórios e Cálculos
DEPRE

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/2006, CONFORME IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UJ-KM89-7KFZ-5EHT. Este documento é cópia do original, assinado digitalmente e acessível nos autos eletrônicos.

DEPRE - DIRETORIA DE EXECUÇÕES DE PRECATÓRIOS E CÁLCULOS
Relatório de Suficiência por Alíquota

Entidade devedora : PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Índice de atualização : 169 - EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 113/2021
Tipo de juros : Selic
Início da alíquota mensal : 01/01/2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

VERIFICAÇÃO DE DEPÓSITOS EFETUADOS DE ACORDO COM A EMENDA 62/09	ALÍQUOTA 2,73%	ATUALIZ. ATÉ 10/01/2024	ÍNDICE EC 62 72,663481	PGG 9000521-19.2015.8.26.0500/0003	DEPÓSITOS EM 2023

MÊS	RCL 12 MESES	RCL MENSAL	VLR DEVIDO	DT LIM DEP	DATA DEP.	DT. CONSID.	CONTA I	CONTA II	TOTAL DEP.	ATUAL. DL - DD	DIAS DL - DD	JRS. DL - DD	RAT. DEPÓSITO
nov/22	134.565.541,00	11.213.795,09	306.136,60	31/01/2023	31/01/2023	31/01/2023	8.634,95	8.634,95	17.269,90	306.136,60	0	0,00	100,000000%
dez/22	136.456.258,90	11.371.354,91	310.437,98	28/02/2023	28/02/2023	28/02/2023	26.967,87	26.967,88	53.935,75	310.437,98	0	0,00	100,000000%
jan/23	138.351.403,00	11.529.283,58	314.749,44	31/03/2023	31/03/2023	31/03/2023	234.135,08	234.135,08	468.270,16	314.749,44	0	0,00	100,000000%
fev/23	140.311.998,50	11.692.666,54	319.209,79	30/04/2023	28/04/2023	30/04/2023	322.696,02	322.696,02	645.392,04	319.209,79	0	0,00	100,000000%
mar/23	139.978.414,20	11.664.867,85	318.450,89	31/05/2023	31/05/2023	31/05/2023	197.641,98	197.641,99	395.283,97	318.450,89	0	0,00	100,000000%
abr/23	139.372.938,60	11.614.411,55	317.073,43	30/06/2023	30/06/2023	30/06/2023	11.332,94	11.332,95	22.665,89	317.073,43	0	0,00	100,000000%
mai/23	140.037.284,70	11.669.773,73	318.584,82	31/07/2023	31/07/2023	31/07/2023	164.449,85	164.449,85	328.899,70	318.584,82	0	0,00	100,000000%
jun/23	138.704.481,90	11.558.706,82	315.552,69	31/08/2023	31/08/2023	31/08/2023	163.281,34	163.281,35	326.562,69	315.552,69	0	0,00	100,000000%
jul/23	135.413.648,20	11.284.470,68	308.066,04	30/09/2023	29/09/2023	30/09/2023	177.390,02	177.390,03	354.780,05	308.066,04	0	0,00	100,000000%
ago/23	136.319.178,50	11.359.931,54	310.126,13	31/10/2023	31/10/2023	31/10/2023	511.466,29	511.466,31	1.022.932,60	310.126,13	0	0,00	100,000000%
set/23	137.342.328,40	11.445.194,04	312.453,79	30/11/2023	30/11/2023	30/11/2023	177.556,28	177.556,30	355.112,58	312.453,79	0	0,00	100,000000%
out/23	139.561.218,30	11.630.101,53	317.501,77	31/12/2023	29/12/2023	31/12/2023	155.405,70	155.405,70	310.811,40	317.501,77	0	0,00	100,000000%

COMP.	ÍNDICE EC 62	PR. P/DED. PRINC	PR. P/DED.JRS.	DIF. DEV. PRINC.	DIF.DEV.JRS.	DIF.PRINC.ATUAL	DIF.JRS.ATUAL	DIAS DC - DV	JRS.DC - DV	TOTAL MÊS	ACUMULADO
jan/23	64,287910	17.269,90	0,00	(288.866,70)	0,00	(326.500,89)	0,00	340	-	(326.500,89)	(326.500,89)
fev/23	65,007934	53.935,75	0,00	(256.502,23)	0,00	(286.708,77)	0,00	312	-	(286.708,77)	(613.209,66)
mar/23	65,606006	468.270,16	0,00	153.520,72	0,00	170.035,49	0,00	280	-	170.035,49	(443.174,17)
abr/23	66,373596	645.392,04	0,00	326.182,25	0,00	357.092,86	0,00	250	-	357.092,86	(86.081,31)
mai/23	66,984233	395.283,97	0,00	76.833,08	0,00	83.347,36	0,00	220	-	83.347,36	(2.733,95)
jun/23	67,734456	22.665,89	0,00	(294.407,54)	0,00	(315.831,52)	0,00	190	-	(315.831,52)	(318.565,47)
jul/23	68,459214	328.899,70	0,00	10.314,88	0,00	10.948,34	0,00	160	-	10.948,34	(307.617,13)
ago/23	69,191727	326.562,69	0,00	11.010,00	0,00	11.562,43	0,00	130	-	11.562,43	(296.054,70)
set/23	69,980512	354.780,05	0,00	46.714,01	0,00	48.504,96	0,00	100	-	48.504,96	(247.549,74)
out/23	70,659322	1.022.932,60	0,00	712.806,47	0,00	733.024,29	0,00	70	-	733.024,29	485.474,55
nov/23	71,365915	355.112,58	0,00	42.658,79	0,00	43.434,40	0,00	40	-	43.434,40	528.908,95
dez/23	72,022481	310.811,40	0,00	(6.690,37)	0,00	(6.749,91)	0,00	10	-	(6.749,91)	522.159,04

TOTAL CORRESPONDENTE AOS DEPÓSITOS E À INSUFICIÊNCIA 2023	
CONTA I	2.150.958,32
CONTA II	2.150.958,41
Suficiência	522.159,04
Total Depositado	**4.301.916,73**

SALDO CREDOR ATUALIZADO ATÉ 10/01/2024 : 522.159,04

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1S7-FPC6-7NLG-BIFA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CLAUDIA ALVES DOS SANTOS MOTA, liberado nos autos em 10/01/2024 às 16:41
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 9000521-19.2015.8.26.0500 e código 0JlyLHrc.

Órgão	Nome do Credor	Nr. Empenho	Ano Empenho	Histórico / Descrição do Empenho	Vl. Empenho Lí	Vl. Liquidado	Vl. Pago
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	7925	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 73% do RCL	382.160,67	382.160,67	382.160,67
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	2379	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 73% do RCL	369.667,46	369.667,46	369.667,46
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	15601	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 73% do RCL	338.175,49	338.175,49	338.175,49
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	13936	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 73% do RCL	338.175,49	338.175,49	338.175,49
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	4601	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 73% do RCL	327.966,90	327.966,90	327.966,90
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	13935	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 73% do RCL	309.741,00	309.741,00	309.741,00
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	10787	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 73% do RCL	309.394,52	309.394,52	309.394,52
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	4602	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 73% do RCL	304.068,42	304.068,42	304.068,42
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	12139	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 73% do RCL	299.077,80	299.077,80	299.077,80
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	17733	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 73% do RCL	289.643,87	289.643,87	289.643,87
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	9435	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 73% do RCL	281.141,16	281.141,16	281.141,16
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	TRIBUNAL DE JUSTICA D	2378	2023	Referente ao pagamento c/DESPESAS DE PRECATORIOS (TRIBUNAL) percentual de 2 18% do RCL	13.324,43	13.324,43	13.324,43
					3.562.537,21		3.562.537,21

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SW-IUOC-5YGX-AD7E

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413 – CENTRO - CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 – 8200
E – MAIL: prefeitura@igarapava.sp.gov.br

Igarapava/SP, 23 de agosto de 2024.

DECLARAÇÃO

A Prefeitura Municipal de Igarapava/SP, DECLARA para os devidos fins de direito, que:

1) Deixou de contabilizar a movimentação de precatórios, por não dispor de todos os dados referentes à baixas e inscrições, tendo em vista que o servidor que possui a senha de acesso ao sistema do Departamento de Precatórios – DEPRE, estava afastado de suas funções, por motivos de saúde.

2) Ocorreram alguns enganos de digitação (adoção de contas PCASP incorretas) nos empenhos dos pagamento de despesas que compõem o anexo 16 (dívida fundada), motivo pelo qual o referido anexo, deixou de contemplar a real situação dos seus saldos. Encaminhamos planilha em anexo, para evidenciar os pagamentos efetuados.

As duas situações, vão ser corrigidas agora, no exercício de 2024.

Por ser verdade, firmamos a presente declaração.

ADÉLIA DE PAULA
DIRETORA DE FINANÇAS

HELEM DA SILVA MANOEL
Chefe do Departamento de Contabilidade

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1WA-EAEO-619J-4ZDU

MOVIMENTAÇÃO PATRIMONIAL DÍVIDA FUNDADA - ANEXO 16 - 2023						
DIVIDAS	Saldo Anterior	Baixa	Resgate Orçamentario	Inscrição Principal	Atualização	Total GeraL
Instituto c/Aporte Parc Lei 392/11 - Contrato 498/11	11.607.443,45	-	462.281,75	-	-	11.145.16
Instituto c/Aporte Parc Lei 925/20 - Contrato 423/21	2.787.192,85		1.665.612,60			1.121.58
Instituto c/Aporte Parc Lei 997/21 - Contrato 042/22	2.026.089,11	-	809.310,04	-	-	1.216.77
SUB-TOTAL	**16.420.725,41**	**-**	**2.937.204,38**	**-**	**-**	**13.483.52**
Instituto c/Prcelamento 1828/17	2.131.257,47	-	192.674,20		-	1.938.58
Instituto c/Prcelamento 1829/17	357.836,51	-	32.388,05		-	325.44
Instituto c/Prcelamento 1830/17	6.541.706,00	-	592.095,13		-	5.949.61
Instituto c/Prcelamento 0052/18	-	-	-		-	
SUB-TOTAL	**9.030.799,98**	**-**	**817.157,38**	**-**	**-**	**8.213.64**
Desenvolve SP-4205/16	-	-	-	-	-	
Desenvolve SP-0618/20 (LFN 9875)	246.746,47	-	62.078,67	-	-	184.66
Desenvolve SP - 20.511 (Distrito)	-	-	28.260,27	1.693.488,26	-	1.665.22
Desenvolve SP - 19.139 (UBS)	-	-	31.015,94	711.513,30	-	680.49
Desenvolve SP - 19.140 (VIA-SP)	1.348.416,98	-	323.601,48	1.885.437,61	-	2.910.25
SUB-TOTAL	**1.595.163,45**	**-**	**444.956,36**	**4.290.439,17**	**-**	**5.440.64**
SUB-TOTAL	**27.046.688,84**	**-**	**4.199.318,13**	**4.290.439,17**	**-**	**27.137.80**
FORNECEDORES-DECISÕESJUDICIAIS	-	-		-	-	
PRECATÓRIOS DIVERSOS	19.858.441,97	-	-	-	-	19.858.44
SUB-TOTAL	**19.858.441,97**	**-**	**-**	**-**	**-**	**19.858.44**
TOTAL GERAL	**46.905.130,81**	**-**	**4.199.318,13**	**4.290.439,17**	**-**	**46.996.25**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1WA-EAEO-619J-4ZDU

Codificação	Descrição	Cod Entidade	Saldo Inicial	Movimento Débito	Movimento Crédito	Saldo Final
100000000	ATIVO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	108.842.129,53	382.049.304,84	368.759.149,40	122.132.284,97
110000000	ATIVO CIRCULANTE	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	35.867.818,06	322.208.176,20	330.308.956,48	27.767.037,78
111000000	CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	31.405.781,40	301.531.090,19	313.423.079,31	19.513.792,28
111100000	CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA EM MOEDA NACIONAL	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	31.357.152,91	281.747.136,28	294.161.414,51	18.942.874,68
111110000	CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA EM MOEDA NACIONAL - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	31.357.152,91	281.747.136,28	294.161.414,51	18.942.874,68
111110100	CAIXA (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	481.104,00	481.104,00	0
111110200	CONTA ÚNICA (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	9.672,52	0	0	9.672,52
111110600	CONTA ÚNICA - RPPS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	582,25	1.399,80	1.967,01	15,04
111110602	BANCOS CONTA MOVIMENTO - FUNDO EM REPARTIÇÃO (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	582,25	1.399,80	1.967,01	15,04
111111900	BANCOS CONTA MOVIMENTO - DEMAIS CONTAS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	30.255.303,39	280.423.816,10	292.613.222,64	18.065.896,85
111113000	REDE BANCÁRIA - ARRECADAÇÃO (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	1.091.594,75	840.816,38	1.065.120,86	867.290,27
111300000	CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA - VALORES RESTITUÍVEIS E VINCULADOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	48.628,49	19.783.953,91	19.261.664,80	570.917,60
111320000	VALORES RESTITUÍVEIS - INTRA OFSS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	48.628,49	19.783.953,91	19.261.664,80	570.917,60
111320100	CONSIGNAÇÕES	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	48.628,49	19.783.953,91	19.261.664,80	570.917,60
111320101	RPPS - RETENÇÕES SOBRE VENCIMENTOS E VANTAGENS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	22.451,04	629.128,53	651.299,59	279,98
111320102	OUTRAS CONSIGNAÇÕES (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	26.177,45	19.154.825,38	18.610.365,21	570.637,62
112000000	CRÉDITOS A CURTO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	1.036.515,65	1.700.000,00	1.471.328,37	1.265.187,28
112100000	CRÉDITOS TRIBUTÁRIOS A RECEBER	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	1.036.515,65	1.700.000,00	1.471.328,37	1.265.187,28
112110000	CRÉDITOS TRIBUTÁRIOS A RECEBER - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	1.036.515,65	1.700.000,00	1.471.328,37	1.265.187,28
112110100	IMPOSTOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	1.036.515,65	1.700.000,00	1.471.328,37	1.265.187,28
112110105	IPTU (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	1.036.515,65	1.700.000,00	1.471.328,37	1.265.187,28
113000000	DEMAIS CRÉDITOS E VALORES A CURTO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	3.425.521,01	3.791.004,21	228.467,00	6.988.058,22
113100000	ADIANTAMENTOS CONCEDIDOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	11.290,80	228.467,00	228.467,00	11.290,80
113110000	ADIANTAMENTOS CONCEDIDOS - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	11.290,80	228.467,00	228.467,00	11.290,80
113110100	ADIANTAMENTOS CONCEDIDOS A PESSOAL	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	11.290,80	228.467,00	228.467,00	11.290,80
113110198	OUTROS ADIANTAMENTOS A PESSOAL (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	11.290,80	228.467,00	228.467,00	11.290,80
113500000	DEPÓSITOS RESTITUÍVEIS E VALORES VINCULADOS - A RECEBER	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.925.603,29	3.562.537,21	0	6.488.140,50
113510000	DEPÓSITOS RESTITUÍVEIS E VALORES VINCULADOS - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.925.603,29	3.562.537,21	0	6.488.140,50
113510800	CONTA ESPECIAL - PRECATÓRIOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.925.603,29	3.562.537,21	0	6.488.140,50
113510802	CONTA ESPECIAL - PRECATÓRIOS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.925.603,29	3.562.537,21	0	6.488.140,50
113800000	OUTROS CRÉDITOS A RECEBER E VALORES A CURTO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	488.626,92	0	0	488.626,92
113810000	OUTROS CRÉDITOS A RECEBER E VALORES A CURTO PRAZO - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	488.626,92	0	0	488.626,92
113810600	VALORES EM TRÂNSITO REALIZÁVEIS A CURTO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	64.766,74	0	0	64.766,74
113810601	Idem Acima (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	64.766,74	0	0	64.766,74
113810800	CRÉDITOS A RECEBER POR REEMBOLSO DE SALÁRIO FAMÍLIA PAGO (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	121.602,35	0	0	121.602,35
113810900	CRÉDITOS A RECEBER POR REEMBOLSO DE SALÁRIO MATERNIDADE PAGO (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	302.257,83	0	0	302.257,83
115000000	ESTOQUES	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	15.186.081,80	15.186.081,80	0
115600000	ALMOXARIFADO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	15.186.081,80	15.186.081,80	0
115610000	ALMOXARIFADO - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	15.186.081,80	15.186.081,80	0

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TY-FDZM-6UQ9-43DN

115610100	MATERIAL DE CONSUMO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	7.385.888,03	7.385.888,03	0
115610200	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	4.598.118,40	4.598.118,40	0
115610300	MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	59.851,22	59.851,22	0
115610400	AUTOPEÇAS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	195.420,39	195.420,39	0
115610500	MEDICAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	2.906.513,71	2.906.513,71	0
115610700	MATERIAL DE EXPEDIENTE (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	39.290,05	39.290,05	0
115619900	OUTROS - ALMOXARIFADO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	1.000,00	1.000,00	0
120000000	ATIVO NÃO-CIRCULANTE	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	72.974.311,47	59.841.128,64	38.450.192,92	94.365.247,19
121000000	ATIVO REALIZÁVEL A LONGO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.872.242,54	6.108.818,72	2.158.525,89	6.822.535,37
121100000	CRÉDITOS A LONGO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.798.614,88	6.108.818,72	2.158.525,89	6.748.907,71
121110000	CRÉDITOS A LONGO PRAZO - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.798.614,88	6.108.818,72	2.158.525,89	6.748.907,71
121110400	DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	17.719.981,25	6.108.818,72	1.814.183,28	22.014.616,69
121110401	CRÉDITOS NÃO PREVIDENCIÁRIOS INSCRITOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	17.719.981,25	6.108.818,72	1.814.183,28	22.014.616,69
121119900	(-) AJUSTE DE PERDAS DE CRÉDITOS A LONGO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-14.921.366,37	0	344.342,61	-15.265.708,98
121119901	(-) AJUSTE DE PERDAS DE CRÉDITOS TRIBUTÁRIOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-1.561.750,81	0	344.342,61	-1.906.093,42
121119904	(-) AJUSTES DE PERDAS DE DÍVIDA ATIVA TRIBUTÁRIA (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-13.359.615,56	0	0	-13.359.615,56
121300000	INVESTIMENTOS E APLICAÇÕES TEMPORÁRIAS A LONGO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	73.627,66	0	0	73.627,66
121310000	INVESTIMENTOS E APLICAÇÕES TEMPORÁRIAS A LONGO PRAZO - CONSOLIDAÇ	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	73.627,66	0	0	73.627,66
121310100	TÍTULOS E VALORES MOBILIÁRIOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	73.627,66	0	0	73.627,66
121310102	AÇÕES (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	73.627,66	0	0	73.627,66
123000000	IMOBILIZADO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	70.102.068,93	53.732.309,92	36.291.667,03	87.542.711,82
123100000	BENS MÓVEIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	18.185.375,20	36.899.241,87	33.985.681,52	21.098.935,55
123110000	BENS MÓVEIS - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	18.185.375,20	36.899.241,87	33.985.681,52	21.098.935,55
123110100	MÁQUINAS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS E FERRAMENTAS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.697.056,05	20.011.907,20	18.173.519,26	4.535.443,99
123110102	APARELHOS E EQUIPAMENTOS DE COMUNICAÇÃO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	209.512,34	15.597.337,89	15.615.900,48	190.949,75
123110103	APARELHOS, EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS, LAB	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	1.508.430,66	548.408,43	1.524.088,57	532.750,52
123110104	APARELHOS E EQUIPAMENTOS PARA ESPORTES E DIVERSÕES (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	183.781,90	159.286,99	186.748,72	156.320,17
123110105	EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO, SEGURANÇA E SOCORRO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	37.769,08	0	37.769,08	0
123110106	MAQUINAS E EQUIPAMENTOS INDUSTRIAIS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	59.981,00	399.555,76	109.784,86	349.751,90
123110107	MAQUINAS E EQUIPAMENTOS ENERGÉTICOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	9.087,83	1.645,87	7.441,96
123110108	MAQUINAS E EQUIPAMENTOS GRÁFICOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	1.069,00	0	1.069,00	0
123110109	MAQUINAS, FERRAMENTAS E UTENSÍLIOS DE OFICINA (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	3.261,25	0,61	3.260,64
123110117	EQUIPAMENTOS DE MANOBRAS E PATRULHAMENTO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	14.050,00	0	14.050,00	0
123110119	MÁQUINAS, EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS AGROPECUÁRIOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	151.941,34	0	151.941,34
123110121	EQUIPAMENTOS HIDRÁULICOS E ELÉTRICOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	10.745,40	0	10.745,40
123110199	OUTRAS MAQUINAS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS E FERRAMENTAS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	682.462,07	3.132.282,31	682.462,07	3.132.282,31
123110200	BENS DE INFORMÁTICA	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.557.934,10	1.641.344,76	2.628.010,18	1.571.268,68
123110201	EQUIPAMENTOS DE PROCESSAMENTO DE DADOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.461.737,20	1.260.604,00	2.528.294,84	1.194.046,36
123110202	EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	96.196,90	380.740,76	99.715,34	377.222,32
123110300	MÓVEIS E UTENSÍLIOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	4.898.564,28	7.960.214,66	5.141.286,46	7.717.492,48

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TY-FDZM-6UQ9-43DN

123110301	APARELHOS E UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	674.530,35	957.108,19	688.831,16	942.807,38
123110302	MAQUINAS E UTENSÍLIOS DE ESCRITÓRIO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	211.245,00	26.857,18	211.245,00	26.857,18
123110303	MOBILIÁRIO EM GERAL (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	3.945.100,06	6.575.812,90	4.187.258,16	6.333.654,80
123110304	UTENSÍLIOS EM GERAL (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	67.688,87	400.436,39	53.952,14	414.173,12
123110400	MATERIAIS CULTURAIS, EDUCACIONAIS E DE COMUNICAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	66.309,93	166.854,50	69.276,75	163.887,68
123110404	INSTRUMENTOS MUSICAIS E ARTÍSTICOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	16.363,00	4.664,96	16.363,00	4.664,96
123110405	EQUIPAMENTOS PARA ÁUDIO, VÍDEO E FOTO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	26.916,00	80.303,51	26.916,00	80.303,51
123110406	OBRAS DE ARTE E PECAS PARA EXPOSIÇÃO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	194,93	0	194,93	0
123110499	OUTROS MATERIAIS CULTURAIS, EDUCACIONAIS E DE COMUNICAÇÃO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	22.836,00	81.886,03	25.802,82	78.919,21
123110500	VEÍCULOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	5.799.128,25	7.039.310,40	5.807.206,28	7.031.232,37
123110501	VEÍCULOS EM GERAL (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	5.117.864,67	374.800,00	5.117.864,67	374.800,00
123110503	VEÍCULOS DE TRAÇÃO MECÂNICA (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	681.263,58	6.658.111,55	682.942,76	6.656.432,37
123110505	AERONAVES (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	6.398,85	6.398,85	0
123119900	DEMAIS BENS MÓVEIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.166.382,59	79.610,35	2.166.382,59	79.610,35
123119999	OUTROS BENS MÓVEIS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.166.382,59	79.610,35	2.166.382,59	79.610,35
123200000	BENS IMÓVEIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	54.625.629,09	14.116.032,00	678.030,35	68.063.630,74
123210000	BENS IMÓVEIS - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	54.625.629,09	14.116.032,00	678.030,35	68.063.630,74
123210100	BENS DE USO ESPECIAL	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	13.223.316,42	826.827,94	0	14.050.144,36
123210103	EDIFÍCIOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	11.196.199,48	0	0	11.196.199,48
123210104	TERRENOS, GLEBAS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	1.688.573,20	0	0	1.688.573,20
123210108	IMÓVEIS DE USO EDUCACIONAL (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	98.933,91	652.922,36	0	751.856,27
123210110	FAZENDAS, PARQUES, RESERVAS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	188.801,92	133.457,63	0	322.259,55
123210111	IMÓVEIS DE USO RECREATIVO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	40.447,95	0	40.447,95
123210113	MUSEUS, PALÁCIOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	46.400,01	0	0	46.400,01
123210120	CEMITÉRIOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	4.407,90	0	0	4.407,90
123210400	BENS DOMINICAIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	20.250,78	0	20.250,78
123210499	OUTROS BENS DOMINICAIS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	20.250,78	0	20.250,78
123210500	BENS DE USO COMUM DO POVO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	6.045.106,19	6.809.875,24	612.619,73	12.242.361,70
123210501	RUAS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	4.616.719,41	3.894.229,72	612.619,73	7.898.329,40
123210502	PRAÇAS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	171.547,98	0	0	171.547,98
123210503	ESTRADAS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	481.797,54	407.709,98	0	889.507,52
123210504	PONTES (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	61.360,83	0	0	61.360,83
123210509	BENS DO PATRIMÔNIO CULTURAL (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	154.025,24	176.636,83	0	330.662,07
123210599	OUTROS BENS DE USO COMUM DO POVO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	559.655,19	2.331.298,71	0	2.890.953,90
123210600	BENS IMÓVEIS EM ANDAMENTO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	32.368.524,85	6.385.572,41	65.410,62	38.688.686,64
123210601	OBRAS EM ANDAMENTO (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	32.356.024,85	6.385.572,41	65.410,62	38.676.186,64
123210605	ESTUDOS E PROJETOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	12.500,00	0	0	12.500,00
123210700	INSTALAÇÕES (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	54.906,98	0	0	54.906,98
123219900	DEMAIS BENS IMÓVEIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.933.774,65	73.505,63	0	3.007.280,28
123219999	OUTROS BENS IMÓVEIS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	2.933.774,65	73.505,63	0	3.007.280,28

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TY-FDZM-6UQ9-43DN

123800000	(-) DEPRECIAÇÃO, EXAUSTÃO E AMORTIZAÇÃO ACUMULADAS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-2.708.935,36	2.717.036,05	1.627.955,16	-1.619.854,47
123810000	(-) DEPRECIAÇÃO, EXAUSTÃO E AMORTIZAÇÃO ACUMULADAS - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-2.708.935,36	2.717.036,05	1.627.955,16	-1.619.854,47
123810100	(-) DEPRECIAÇÃO ACUMULADA - BENS MÓVEIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-2.708.935,36	2.717.036,05	1.627.955,16	-1.619.854,47
123810101	(-) DEPRECIAÇÃO ACUMULADA DE MÁQUINAS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS E F	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-370.259,53	374.656,42	220.785,63	-216.388,74
123810102	(-) DEPRECIAÇÃO ACUMULADA DE BENS DE INFORMÁTICA (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-34.725,74	35.095,23	198.258,13	-197.888,64
123810103	(-) DEPRECIAÇÃO ACUMULADA DE MÓVEIS E UTENSÍLIOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-590.929,15	594.157,74	409.827,01	-406.598,42
123810104	(-) DEPRECIAÇÃO ACUMULADA DE MATERIAIS CULTURAIS, EDUCACIONAIS E DE	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-12.917,60	12.917,60	7.890,33	-7.890,33
123810105	(-) DEPRECIAÇÃO ACUMULADA DE VEÍCULOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-1.391.449,72	1.391.555,44	791.194,06	-791.088,34
123810199	(-) DEPRECIAÇÃO ACUMULADA DE DEMAIS BENS MÓVEIS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-308.653,62	308.653,62	0	0
200000000	PASSIVO E PATRIMÔNIO LÍQUIDO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-108.842.129,53	574.788.318,69	588.078.474,13	-122.132.284,97
210000000	PASSIVO CIRCULANTE	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-17.720.255,82	180.519.204,11	184.995.346,38	-22.196.398,09
211000000	OBRIGAÇÕES TRABALHISTAS, PREVIDENCIÁRIAS E ASSISTENCIAIS A PAGAR A CU	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-9.030.799,96	58.607.518,90	58.773.491,65	-9.196.772,71
211100000	PESSOAL A PAGAR	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	49.658.442,50	49.689.094,48	-30.651,98
211110000	PESSOAL A PAGAR - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	49.658.442,50	49.689.094,48	-30.651,98
211110100	PESSOAL A PAGAR	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	49.514.701,58	49.545.353,56	-30.651,98
211110101	SALÁRIOS, REMUNERAÇÕES E BENEFÍCIOS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	45.965.208,25	45.995.860,23	-30.651,98
211110112	DECIMO TERCEIRO SALÁRIO (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	2.857.534,28	2.857.534,28	0
211110113	FÉRIAS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	677.529,46	677.529,46	0
211110114	LICENÇA - PRÊMIO (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	14.429,59	14.429,59	0
211110500	PRECATÓRIOS DE PESSOAL - REGIME ORDINÁRIO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	143.740,92	143.740,92	0
211110503	PRECATÓRIOS DE PESSOAL - REGIME ORDINÁRIO - A PARTIR DE 05/05/2000 - NÃ	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	71.870,46	71.870,46	0
211110513	PRECATÓRIOS DE PESSOAL - REGIME ORDINÁRIO - A PARTIR DE 05/05/2000 - NÃ	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	71.870,46	71.870,46	0
211200000	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS A PAGAR	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	86.501,66	86.501,66	0
211210000	BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS A PAGAR - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	86.501,66	86.501,66	0
211210100	Idem Acima (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	86.501,66	86.501,66	0
211400000	ENCARGOS SOCIAIS A PAGAR	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-9.030.799,96	8.862.574,74	8.997.895,51	-9.166.120,73
211410000	ENCARGOS SOCIAIS A PAGAR - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	196.163,84	231.375,61	-35.211,77
211410500	FGTS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	4.669,84	8.619,61	-3.949,77
211410501	Idem Acima (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	4.669,84	8.619,61	-3.949,77
211419800	OUTROS ENCARGOS SOCIAIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	191.494,00	222.756,00	-31.262,00
211419801	Idem Acima (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	191.494,00	222.756,00	-31.262,00
211420000	ENCARGOS SOCIAIS A PAGAR - INTRA OFSS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	5.835.997,08	7.473.600,74	-1.637.603,66
211429900	OUTROS ENCARGOS SOCIAIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	5.835.997,08	7.473.600,74	-1.637.603,66
211429901	Idem Acima (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	5.835.997,08	7.473.600,74	-1.637.603,66
211430000	ENCARGOS SOCIAIS A PAGAR - INTER OFSS - UNIÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	1.192.837,25	1.292.919,16	-100.081,91
211430100	CONTRIBUIÇÕES AO RGPS A PAGAR	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	1.192.837,25	1.292.919,16	-100.081,91
211430101	CONTRIBUIÇÕES AO RGPS - CONTRIBUIÇÃO SOBRE SALÁRIOS E REMUNERAÇÕI	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	1.192.837,25	1.292.919,16	-100.081,91
211450000	ENCARGOS SOCIAIS A INTER OFSS - MUNICÍPIO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-9.030.799,96	1.637.576,57	0	-7.393.223,39
211450600	CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS - DÉBITO PARCELADO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-9.030.799,96	1.637.576,57	0	-7.393.223,39
211450611	Idem Acima (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-9.030.799,96	1.637.576,57	0	-7.393.223,39

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TY-FDZM-6UQ9-43DN

212000000	EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS A CURTO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-320.981,22	7.519.045,68	7.498.267,16	-300.202,70
212100000	EMPRÉSTIMOS A CURTO PRAZO - INTERNO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-6.550,42	1.951.320,54	1.944.770,12	0
212110000	EMPRÉSTIMOS A CURTO PRAZO - INTERNO - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-6.550,42	313.743,97	307.193,55	0
212110200	EMPRÉSTIMOS INTERNOS - EM CONTRATOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-6.550,42	313.743,97	307.193,55	0
212110213	OUTROS CONTRATOS - EMPRÉSTIMOS INTERNOS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-6.550,42	313.743,97	307.193,55	0
212130000	EMPRÉSTIMOS A CURTO PRAZO - INTERNO - INTER OFSS - UNIÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	1.637.576,57	1.637.576,57	0
212130200	EMPRÉSTIMOS INTERNOS - EM CONTRATOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	1.637.576,57	1.637.576,57	0
212130213	OUTROS CONTRATOS - EMPRÉSTIMOS INTERNOS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	1.637.576,57	1.637.576,57	0
212500000	JUROS E ENCARGOS A PAGAR DE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS A CURTO P	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-314.430,80	5.567.725,14	5.553.497,04	-300.202,70
212510000	JUROS E ENCARGOS A PAGAR DE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS A CURTO P	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-231.593,88	5.567.725,14	5.553.497,04	-217.365,78
212510300	JUROS DE CONTRATOS - FINANCIAMENTOS INTERNOS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	2.783.862,57	2.783.862,57	0
212511100	JUROS DE CONTRATOS - EMPRÉSTIMOS INTERNOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-2.675,10	0	0	-2.675,10
212511300	JUROS DE CONTRATOS - FINANCIAMENTOS INTERNOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-228.918,78	2.783.862,57	2.769.634,47	-214.690,68
212530000	JUROS E ENCARGOS A PAGAR DE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS A CURTO P	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-82.836,92	0	0	-82.836,92
212531300	JUROS DE CONTRATOS - FINANCIAMENTOS INTERNOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-82.836,92	0	0	-82.836,92
213000000	FORNECEDORES E CONTAS A PAGAR A CURTO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-7.107.744,33	79.111.019,05	81.867.801,10	-9.864.526,38
213100000	FORNECEDORES E CONTAS A PAGAR NACIONAIS A CURTO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-7.107.744,33	79.111.019,05	81.867.801,10	-9.864.526,38
213110000	FORNECEDORES E CONTAS A PAGAR NACIONAIS A CURTO PRAZO - CONSOLIDA	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-7.107.744,33	79.111.019,05	81.867.801,10	-9.864.526,38
213110100	FORNECEDORES NACIONAIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-4.182.141,04	75.516.380,92	74.709.757,76	-3.375.517,88
213110101	FORNECEDORES NÃO PARCELADOS A PAGAR (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-615.957,50	15.158.144,38	15.108.740,26	-566.553,38
213110102	FORNECEDORES PARCELADOS A PAGAR (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	111.070,70	111.070,70	0
213110109	DEMAIS FORNECEDORES A PAGAR (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-3.566.183,54	60.247.165,84	59.489.946,80	-2.808.964,50
213110300	CONTAS A PAGAR CREDORES NACIONAIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	12.136,92	12.136,92	0
213110309	DEMAIS CONTAS A PAGAR (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	12.136,92	12.136,92	0
213110700	PRECATÓRIOS DE CONTAS A PAGAR - CREDORES NACIONAIS - REGIME ESPECIA	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-2.925.603,29	3.562.537,21	7.125.074,42	-6.488.140,50
213110702	PRECATÓRIOS DE CONTAS A PAGAR - REGIME ESPECIAL - A PARTIR DE 05/05/20(	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	3.562.537,21	3.562.537,21	0
213110713	PRECATÓRIOS DE CONTAS A PAGAR - REGIME ESPECIAL - A PARTIR DE 05/05/20(	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-2.925.603,29	0	3.562.537,21	-6.488.140,50
213110800	PRECATÓRIOS DE CONTAS A PAGAR - CREDORES NACIONAIS - REGIME ORDINÁI	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	19.964,00	20.832,00	-868
213110803	PRECATÓRIOS DE CONTAS A PAGAR - REGIME ORDINÁRIO - A PARTIR DE 05/05/2	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	10.416,00	10.416,00	0
213110813	PRECATÓRIOS DE CONTAS A PAGAR - REGIME ORDINÁRIO - A PARTIR DE 05/05/2	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	9.548,00	10.416,00	-868
214000000	OBRIGAÇÕES FISCAIS A CURTO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	1.669.653,49	1.669.653,49	0
214100000	OBRIGAÇÕES FISCAIS A CURTO PRAZO COM A UNIÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	1.669.653,49	1.669.653,49	0
214130000	OBRIGAÇÕES FISCAIS A CURTO PRAZO COM A UNIÃO - INTER OFSS - UNIÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	1.669.653,49	1.669.653,49	0
214131100	PIS/PASEP A RECOLHER (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	1.669.653,49	1.669.653,49	0
215000000	TRANSFERÊNCIAS FISCAIS A CURTO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-2.881,33	0	0	-2.881,33
215300000	TRANSFERÊNCIAS DISCRICIONÁRIAS A PAGAR	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-2.881,33	0	0	-2.881,33
215310000	TRANSFERÊNCIAS DISCRICIONÁRIAS A PAGAR - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-2.881,33	0	0	-2.881,33
215310400	TRANSFERÊNCIAS ESPECÍFICAS A PAGAR (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-2.881,33	0	0	-2.881,33
218000000	ADIANTAMENTO DE CLIENTES E DEMAIS OBRIGAÇÕES A CURTO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-1.257.848,98	33.611.966,99	35.186.132,98	-2.832.014,97
218800000	VALORES RESTITUÍVEIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-1.249.468,98	10.740.579,82	12.315.675,81	-2.824.564,97

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TY-FDZM-6UQ9-43DN

218810000	VALORES RESTITUÍVEIS - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-323.107,25	9.044.617,42	10.530.395,54	-1.808.885,37
218810100	CONSIGNAÇÕES	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-182.349,66	8.177.533,77	9.651.631,08	-1.656.446,97
218810110	PENSÃO ALIMENTÍCIA (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-7.250,65	158.491,93	169.906,91	-18.665,63
218810111	PLANOS DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA MEDICA (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-823,52	965.536,15	1.055.111,96	-90.399,33
218810113	RETENÇÕES - ENTIDADES REPRESENTATIVAS DE CLASSES (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-345,26	91.688,28	101.558,02	-10.215,00
218810115	RETENÇÕES - EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-30.317,50	3.479.948,80	3.797.399,88	-347.768,58
218810199	OUTROS CONSIGNATÁRIOS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-143.612,73	3.481.868,61	4.527.654,31	-1.189.398,43
218810400	DEPÓSITOS NÃO JUDICIAIS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-140.757,59	867.083,65	878.764,46	-152.438,40
218810401	DEPÓSITOS E CAUÇÕES (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-132.674,92	0	0	-132.674,92
218810499	OUTROS DEPÓSITOS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-8.082,67	867.083,65	878.764,46	-19.763,48
218830000	VALORES RESTITUÍVEIS - INTER OFSS - UNIÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-926.361,73	1.695.962,40	1.785.280,27	-1.015.679,60
218830100	CONSIGNAÇÕES (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-926.361,73	1.695.962,40	1.785.280,27	-1.015.679,60
218830102	CONTRIBUIÇÃO AO RGPS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-926.361,73	1.695.962,40	1.785.280,27	-1.015.679,60
218900000	OUTRAS OBRIGAÇÕES A CURTO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-8.380,00	22.871.387,17	22.870.457,17	-7.450,00
218910000	OUTRAS OBRIGAÇÕES A CURTO PRAZO - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-8.380,00	18.156.209,22	18.155.279,22	-7.450,00
218910100	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	2.284.899,85	2.284.899,85	0
218910102	INDENIZAÇÕES E RESTITUIÇÕES DIVERSAS (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	2.284.899,85	2.284.899,85	0
218910200	DIÁRIAS A PAGAR (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-8.380,00	798.900,28	797.970,28	-7.450,00
218911200	SUBVENÇÕES A PAGAR (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	15.072.409,09	15.072.409,09	0
218920000	OUTRAS OBRIGAÇÕES A CURTO PRAZO - INTRA OFSS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	4.715.177,95	4.715.177,95	0
218929800	DEMAIS OBRIGAÇÕES A CURTO PRAZO - INTRA OFF	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	4.715.177,95	4.715.177,95	0
218929801	DEMAIS OBRIGAÇÕES A CURTO PRAZO - INTRA OFF (F)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	0	4.715.177,95	4.715.177,95	0
220000000	PASSIVO NÃO-CIRCULANTE	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-37.874.330,83	307.193,55	4.290.439,17	-41.857.576,45
222000000	EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS A LONGO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-1.595.163,45	307.193,55	4.290.439,17	-5.578.409,07
222100000	EMPRÉSTIMOS A LONGO PRAZO - INTERNO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-1.595.163,45	307.193,55	4.290.439,17	-5.578.409,07
222110000	EMPRÉSTIMOS A LONGO PRAZO - INTERNO - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-1.595.163,45	307.193,55	4.290.439,17	-5.578.409,07
222110200	EMPRÉSTIMOS INTERNOS - EM CONTRATOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-1.595.163,45	307.193,55	4.290.439,17	-5.578.409,07
222110298	OUTROS CONTRATOS - EMPRÉSTIMOS INTERNOS (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-1.595.163,45	307.193,55	4.290.439,17	-5.578.409,07
223000000	FORNECEDORES E CONTAS A PAGAR A LONGO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-19.858.441,97	0	0	-19.858.441,97
223100000	FORNECEDORES NACIONAIS E CONTAS A PAGAR A LONGO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-19.858.441,97	0	0	-19.858.441,97
223110000	FORNECEDORES NACIONAIS E CONTAS A PAGAR A LONGO PRAZO - CONSOLIDA	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-19.858.441,97	0	0	-19.858.441,97
223110400	PRECATÓRIOS DE FORNECEDORES NACIONAIS - REGIME ESPECIAL	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-19.858.441,97	0	0	-19.858.441,97
223110402	PRECATÓRIOS DE FORNECEDORES NACIONAIS - REGIME ESPECIAL - A PARTIR D	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-19.858.441,97	0	0	-19.858.441,97
228000000	DEMAIS OBRIGAÇÕES A LONGO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-16.420.725,41	0	0	-16.420.725,41
228900000	OUTRAS OBRIGAÇÕES A LONGO PRAZO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-16.420.725,41	0	0	-16.420.725,41
228920000	OUTRAS OBRIGAÇÕES A LONGO PRAZO - INTRA OFSS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-16.420.725,41	0	0	-16.420.725,41
228921100	Idem Acima (P)	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-16.420.725,41	0	0	-16.420.725,41
230000000	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-53.247.542,88	393.961.921,03	398.792.688,58	-58.078.310,43
237000000	RESULTADOS ACUMULADOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-53.247.542,88	393.961.921,03	398.792.688,58	-58.078.310,43
237100000	SUPERÁVITS OU DÉFICITS ACUMULADOS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-53.247.542,88	393.961.921,03	398.792.688,58	-58.078.310,43

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TY-FDZM-6UQ9-43DN

237110000	SUPERÁVITS OU DÉFICITS ACUMULADOS - CONSOLIDAÇÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	201.032.158,90	227.528.620,43	128.570.674,26	299.990.105,07
237110100	SUPERÁVITS OU DÉFICITS DO EXERCÍCIO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	81.314.296,27	146.214.324,16	128.570.674,26	98.957.946,17
237110200	SUPERÁVITS OU DÉFICITS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	119.717.862,63	81.314.296,27	0	201.032.158,90
237120000	SUPERÁVITS OU DÉFICITS ACUMULADOS - INTRA OFSS	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	36.789.276,16	31.008.656,58	16.188.041,30	51.609.891,44
237120100	SUPERÁVITS OU DÉFICITS DO EXERCÍCIO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	14.551.462,95	16.457.193,63	16.188.041,30	14.820.615,28
237120200	SUPERÁVITS OU DÉFICITS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	22.237.813,21	14.551.462,95	0	36.789.276,16
237130000	SUPERÁVITS OU DÉFICITS ACUMULADOS - INTER OFSS - UNIÃO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-155.207.672,35	77.593.146,38	162.301.995,87	-239.916.521,84
237130100	SUPERÁVITS OU DÉFICITS DO EXERCÍCIO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-74.728.301,46	77.593.146,38	87.573.694,41	-84.708.849,49
237130200	SUPERÁVITS OU DÉFICITS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-80.479.370,89	0	74.728.301,46	-155.207.672,35
237140000	SUPERÁVITS OU DÉFICITS ACUMULADOS - INTER OFSS - ESTADO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-135.861.734,67	57.831.497,64	91.731.977,15	-169.762.214,18
237140100	SUPERÁVITS OU DÉFICITS DO EXERCÍCIO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-37.999.603,93	57.831.497,64	53.732.373,22	-33.900.479,51
237140200	SUPERÁVITS OU DÉFICITS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	-97.862.130,74	0	37.999.603,93	-135.861.734,67
237150000	SUPERÁVITS OU DÉFICITS ACUMULADOS - INTER OFSS - MUNICÍPIO	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	429,08	0	0	429,08
237150200	SUPERÁVITS OU DÉFICITS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES	1-PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	429,08	0	0	429,08

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TY-FDZM-6UQ9-43DN

DECLARAÇÃO

Para os fins de atendimento à Requisição, tenho a declarar que a Prefeitura Municipal de Igarapava, para fins de informa que este ente não aderiu ao Programa de Acompanhamento e Transparência Fiscal instituído pela Lei Complementar nº 178/2021.

Igarapava/SP, 06 de agosto de 2024.

BRUNO RENE CRUZ RAFACHINI
DIRETOR NEGÓCIO JURÍDICO

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UT-G6NX-7MF2-3A0R

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413 – CENTRO - CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 – 8200
E – MAIL: prefeitura@igarapava.sp.gov.br

D E C L A R A Ç Ã O

Em atendimento à requisição 40/2024/MF (Item 71), de 24/07/2024.

DECLARAMOS para os devidos fins que, o município não possui Plano de Contingência Municipal de Defesa Civil e apenas regulamentou a COORDENADORIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL (Lei nº 815/18) composta pelos membros designados no DECRETO Nº. 2859, DE 27 DE MARÇO DE 2024. (em anexo)

Igarapava/SP, 05 de agosto de 2024.

Giovana Gabrieli Campos Ienny
Controle Interno

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U3-6VG1-73Y7-6VNN

Prefeitura Municipal de Igarapava

PREFEITO MUNICIPAL

LEI Nº 815 – DE: 27 DE SETEMBRO DE 2018

CRIA A COORDENADORIA MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL (COMPPDEC) DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA, Estado da São Paulo, no uso de suas atribuições legais.

FAZ SABER QUE: A Câmara Municipal aprovou e ele promulga e sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica criada a Coordenadoria Municipal de Proteção e Defesa Civil - COMPPDEC do Município de Igarapava diretamente subordinada ao Prefeito ou ao seu eventual substituto, com a finalidade de coordenar, em nível municipal, todas as ações de proteção e defesa civil (prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação), nos períodos de normalidade e anormalidade.

Art. 2º - Para as finalidades desta Lei denomina-se:

I. **Proteção e Defesa Civil**: ciclo de ações (preventivas, preparativas, de socorro, assistenciais e reconstrutivas) executadas pelo sistema formado por entidades (públicas, privadas e do terceiro setor) e pela sociedade civil, articulado e integrado para a garantia da segurança global da população face principalmente ao risco de desastres.

II. **Desastre**: o resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um cenário vulnerável, causando grave perturbação ao funcionamento de uma comunidade ou sociedade envolvendo extensivas perdas e danos humanos, materiais, econômicos ou ambientais, que excede sua capacidade de lidar com o problema usando meios próprios;

III. **Situação de Emergência**: situação de alteração intensa e grave das condições de normalidade em um determinado município, estado ou região, decretada em razão de desastre, comprometendo parcialmente sua capacidade de resposta.

IV. **Estado de Calamidade Pública**: situação de situação de alteração intensa e grave das condições de normalidade em um determinado município, estado ou região, decretada em razão de desastre, comprometendo substancialmente sua capacidade de resposta.

Art. 3º - A **COMPPDEC** manterá com os demais órgãos congêneres municipais, estaduais e federais, estreito intercâmbio com o objetivo de receber e fornecer subsídios técnicos para esclarecimentos relativos à proteção e defesa civil.

Art. 4º - A Coordenadoria Municipal de Proteção e Defesa Civil - **COMPPDEC** constitui órgão integrante do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U3-6VG1-73Y7-6VNN

Art. 5º - A COMPPDEC compor-se-á de:

I. Coordenadoria Executiva
II. Conselho Municipal
III. Apoio administrativo/Secretaria
IV. Setor Técnico
V. Setor Operacional

Art. 6º - O Coordenador Municipal de Proteção e Defesa Civil será indicado pelo Chefe do Executivo Municipal e compete ao mesmo organizar as atividades de proteção e defesa civil no município.

Art. 7º - Os currículos do ensino fundamental e médio, nos estabelecimentos de ensino municipais, devem incluir os princípios da proteção e defesa civil e a educação ambiental de forma integrada aos conteúdos obrigatórios.

Art. 8º - O Conselho Municipal de Proteção e Defesa Civil será composto pelos representantes Departamento de Engenharia e Obras, Departamento de Saúde, Departamento de Educação, Departamento de Meio Ambiente, Polícia Militar, Ministério Público.

Art. 9º - Os servidores públicos designados para colaborar nas ações emergenciais exercerão essas atividades sem prejuízos das funções que ocupam, e não farão jus a qualquer espécie de gratificação ou remuneração especial.

Parágrafo Único - A colaboração referida neste artigo será considerada prestação de serviço relevante e constará dos assentamentos dos respectivos servidores.

Art. 10 – Fica o Chefe do Executivo autorizado a criar o fundo especial para a Proteção e Defesa Civil.

Art. 11 - A presente Lei será regulamentada pelo Poder Executivo Municipal, no prazo de 60 (sessenta) dias a partir de sua publicação.

Art. 12 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA
Aos vinte e sete de setembro de 2018

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Prefeito Municipal

MAURÍCIO LAURENTE
Diretor Departamento Administrativo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U3-6VG1-73Y7-6VNN

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U3-6VG1-73Y7-6VNN

Decretos

DECRETO Nº. 2859, DE 27 DE MARÇO DE 2024.

"ALTERA MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL, E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS"

JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, Prefeito Municipal de Igarapava, estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

D E C R E T A:

Art. 1º - Altera e acrescenta membros da Coordenaria Municipal de Proteção e Defesa Civil (COMPPDEC), nos termos art.8° da Lei n° 27 de setembro de 2018, passando a ser a seguinte;

A) Representantes do Departamento de Engenharia:

Denise Helena Salvino Marcelino

Diego Antônio Pimentel

B) Representantes do Departamento de Saúde:

Luiz Carlos Vergara Pereira

Andréia Francisco de Paula

C) Representantes do Departamento de Educação:

Andreia Consuelo Silveira dos Santos

Juliana Conelia de Jesus

D) Representantes da Divisão de Meio Ambiente:

Leandro Burrego Primo do Nascimento

Edvaldo Luiz Barbosa

E) Representantes de Polícia Militar:

Adriana Junior Rocha

Luiz Ricardo de Paula

F) Representantes do Departamento de Manutenção e Obras:

Reinaldo Henrique da Silva

Cleber Teixeira

Art. 2º - Nomeia como Coordenador Municipal de Proteção e Defesa Civil, nos temos do art. 6º da Lei n° 815, de 27 de setembro de 2018, o Sr. Gabriel Geraldo de Carvalho Gomes.

Art. 3º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA/SP

Igarapava/SP, 27 de março de 2024.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR

PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

REGISTRADO, Publicado e arquivado no livro próprio, data supra.

.....

Portarias

PORTARIA Nº 9.657 - DE 25 DE MARÇO DE 2024

"DESIGNA SERVIDOR RESPONSÁVEL PARA ATENDIMENTO DO PONTO DE ATENDIMENTO VIRTUAL DA SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL (RFB) – PAV, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, na qualidade de Prefeito Municipal de Igarapava, Estado de São Paulo, no exercício das atribuições legais de seu cargo:

CONSIDERANDO o ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA que entre si celebram a União, por intermédio da Delegacia da Receita Federal do Brasil em FRANCA/SP, e a Prefeitura do Município de IGARAPAVA/SP, para fins de instalação do Ponto de Atendimento Virtual da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil (RFB) – PAV nas dependências de ambiente pertencente ao Município;

CONSIDERANDO a necessidade de designar servidores públicos responsáveis para gerenciar a parceria; zelar por seu fiel cumprimento; coordenar, organizar, articular, acompanhar, monitorar e supervisionar as ações que serão tomadas para o cumprimento do ajuste.

R E S O L V E:

Art.1º - Designar o Sr. GILCÉLIO DE SOUZA SIMÕES, matrícula funcional nº 112217, como responsável pelo gerenciamento do Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre o Município de Igarapava e a União, por intermédio da Delegacia da Receita Federal do Brasil, para a instalação do Ponto de Atendimento Virtual - PAV da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil.

Art. 2º - Designar o Sr. HUMBERTO JAMES DOS SANTOS, matrícula funcional nº 110678, para atuar como responsável pelo Atendimento e Recepção dos Documentos do Ponto de Atendimento Virtual da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil (RFB) – PAV.

Art. 3º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA

Aos vinte e cinco dias do mês de março de 2024.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR

Prefeito Municipal de Igarapava

.....

Atos de Pessoal

Nomeação

PORTARIA Nº 160, DE 27 DE MARÇO DE 2024.

DISPÕE SOBRE A NOMEAÇÃO DE NILCELENA RAFACHINE FALCONI PARA O CARGO DE CHEFE DE DIVISÃO DE MATERIAIS, SUPRIMENTOS E PATRIMÔNIO DE PROVIMENTO COMISSIONADO.

DECLARAÇÃO

O município de Igarapava, Estado de São Paulo, com sede na Rua Doutor Gabriel Vilela, 413 – Centro, inscrita no CNPJ 45.324.290/0001-67, representada pelo Prefeito Municipal José Ricardo Rodrigues Mattar, declara para os devidos fins que **não possui** Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos.

O município auxilia os catadores de reciclagem com sacos de ráfia e um local para abrigo das coletas.

Igarapava, 25 de Julho de 2024.

Eng.ª Camila Roberta Braz
Chefe de Divisão do Meio Ambiente

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TM-6P3S-5XTB-32DF
Assinado por 1 pessoa: CAMILA ROBERTA BRAZ
Para verificar as assinaturas, acesse https://validar.iti.gov.br

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 1006-C1DE-F782-8C4A

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

CAMILA ROBERTA BRAZ (CPF 390.XXX.XXX-27) em 25/07/2024 16:18:10 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/1006-C1DE-F782-8C4A

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TM-6P3S-5XTB-32DF

FUNDEB Igarapava

CONSELHEIRO DO ACOMPANHAMENTO E CONTROLE SOCIAL DO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO DE IGARAPAVA-SP

ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DO ACOMPANHAMENTO E CONTROLE SOCIAL DO FUNDO DE MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO DE IGARAPAVA-SP REALIZADA DE FORMA ONLINEEM 2DE abril DE 2024, COM INÍCIO ÀS 18:30HPELA PLATAFORMA GOOGLE MEET. Reuniram-se os membros do Conselho do FUNDEB para a reunião extraordinária, estavam presentes Bruna Bizarro Menezes, Guejane Emília Flausino, Dulcelena Donizete de Paula, Marli Aparecida de Oliveira, Maria do Rosário Nunes Correa e Larissa Rafachino, o conselheiro Luciano Perim justificou sua ausência nessa reunião por motivos de saúde.Iniciou-se a reunião com a chamada dos conselheiros. A sessão extraordinária iniciou-se sob a coordenação da presidente do Conselho Municipal de Acompanhamento e Controle Social do FUNDEB, Sra., Bruna Bizarro Menezes, que agradeceu a presença de todos os membros e em seguida foram abertos os trabalhos seguindo a pauta, foi informado que a documentação referente ao **2º bimestre** de 2023 foi enviada no dia 15 de março de 2024, somente contendo empenhos de despesas e balancetes de receitas e do mês de JULHO, após uma solicitação dessa presidente no dia 18 de março de 2024 foram enviados os extrato bancário da conta do Banco do Brasil para o mês de JULHO, e somente em 25 de março de 2024 (dia da reunião ordinária desse colegiado) foi entregue os extratos empenhos de despesas e os balancetes de receitas do mês de AGOSTO. Porém como o sistema do SIOPE acusa um prazo de 20 dias para análise do SIOPE, desde a primeira informação transmitida esse findaria na próxima quinta-feira dia 04/04/2024, então foi necessário marcar essa reunião extraordinária para analisar a documentação, foi projetado na tela para os conselheiros o SIOPE diretamente da plataforma MARV, onde notamos divergências entre o saldo apontado no documento e o saldo da conta do banco, porém como não tivemos tempo hábil para analisar de forma mais aprofundada, entendemos que pela documentação que recebemos e as análises que conseguimos fazer o **SIOPE está aprovado.** Após a Sra. Bruna informou sobre a notificação que foi feita pelo controle interno da prefeitura, solicitando os pareceres do 2º, 3º e 4º trimestre de 2023, que a mesma não compreendeu sobre quais documentos seriam necessários enviar, que ligou para a Sra. Andrea e a mesma informou que seria a ata onde consta o parecer, a ata foi enviada devidamente assinada, porém ontem 01/04/2024, foi informado que o documento não era válido e a Confiata enviou um modelo de parecer, como sugestão ao conselho. Hoje em contato com o Tribunal de Contas, onde fui atendida por um conselheiro, o mesmo esclareceu que o conselho deve emitir os pareceres mesmo quando a documentação não está completa, e que nesse caso o parecer deverá ser inconclusivo por falta de documentos, o mesmo orientou que deveria constar todos os documentos enviados e todos os faltantes no referido parecer, além disso orientou que o conselho deveria criar um resolução com ajuda do jurídico da prefeitura para que essa estabeleça prazos para que o Departamento de Educação

Maria

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UV-BWW1-8QQQ-8912

Digitalizado com CamScanner

Cultura e Esporte, envie os documentos dentro do prazo, informou ainda que o conselho deve receber os documentos sempre no final do trimestre, contendo tudo que é necessário

para a formulação do parecer, que o CACS deve sempre notificar após a não entrega e não antes solicitandoos documentos. Após essa conversa a Sra. Bruna informou que procurou o procurador jurídico do município e que o mesmo confirmou sobre a legalidade do conselho em formular as resoluções, inclusive disse que os pareceres devem ser feitos todos por resoluções, mas que para o ano de 2023 poderíamos seguir como já estava sendo feito. Enviou um modelo de resolução e disse estar à disposição para ajudar, após essas informações passamos a votação nominal para aprovar a elaboração dessa resolução sendo que Bruna Bizarro Menezes votou favorável, Guejane Emília Flausinovotou favorável, Dulcelena Donizete de Paulavotou favorável, Marli Aparecida de Oliveiravotou favorável, Maria do Rosário Nunes Correavotou favorável e Larissa Rafachino, concordou porém a mesma não vota por ser representante suplente, a conselheira Guejane ressaltou que essa resolução é uma forma de documentar a importância do envio dos documentos no prazo para o conselho. Após a Sra. Bruna formulou e leu o parecer do **2º trimestre** juntamente com todos as conselheiras e após houve uma votação nominal do mesmo que Bruna Bizarro Menezes votou favorável, Guejane Emília Flausinovotou favorável, Dulcelena Donizete de Paulavotou favorável, Marli Aparecida de Oliveiravotou favorável, Maria do Rosário Nunes Correavotou favorável e Larissa Rafachino, concordou, porém, a mesma não vota por ser representante suplentedessa forma o **parecer foiAPROVADO COM RESSALVAS** sendo elas as seguintes ressalvas**pagamentos de adicional insalubridade, periculosidade não discriminado sobre o critério do pagamento, alguns profissionais recebem e outros não recebem, exercendo pelo que parece a mesma função**, solicitamos esclarecimentos via relatório, pagamento por duas fontes de recurso para os profissionais que atuam na educação do nível médio, Escola Técnica Nicolau Saad. Após a Sra. Bruna formulou e leu o parecer do **3º trimestre** juntamente com todos as conselheiras e após houve uma votação nominal do mesmo que Bruna Bizarro Menezes votou favorável, Guejane Emília Flausinovotou favorável, Dulcelena Donizete de Paulavotou favorável, Marli Aparecida de Oliveiravotou favorável, Maria do Rosário Nunes Correavotou favorável e Larissa Rafachino, concordou, porém, a mesma não vota por ser representante suplentedessa forma o **parecer foi INCONCLUSIVO POR FALTA DE DOCUMENTAÇÃOnão foram enviados os documentos referentes ao mês de Setembro de 2023 dos empenhos de despesas e receitas, extratos financeiros. Além de não terem sido entregues os documentos referente aos meses de Julho, Agosto e Setembro do SIOPEe a aplicação das despesas com Profissionais do Magistério, que é 70%, e quanto às demais despesas para pagamento da manutenção que é 30%**. Após a Sra. Bruna formulou e leu o parecer do **4º trimestre** juntamente com todos as conselheiras e após houve uma votação nominal do mesmo que Bruna Bizarro Menezes votou favorável, Guejane Emília Flausinovotou favorável, Dulcelena Donizete de Paulavotou favorável, Marli Aparecida de Oliveiravotou favorável, Maria do Rosário Nunes Correavotou favorável e Larissa Rafachino, concordou, porém, a mesma não vota por ser representante suplente

Maria

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UV-BWW1-8QQQ-8912

Digitalizado com CamScanner

dessa forma o parecer foiINCONCLUSIVO POR FALTA DE DOCUMENTAÇÃO, NÃOFORAM ENVIADOSos documentos referentes ao mês de outubro, novembro e dezembro de 2023 referente a folha de pagamento SIOPE, o último entregue a esse conselho foi o do mês de maio de 2023, e o extrato da conta do FUNDEB do Banco do Brasil não foi enviado portanto não foi possivel verificar o valor da aplicação e o saldo real, além disso em documento publicado no diário oficial do município no dia 27 de março de 2024, consta aparentemente um saldo residual de R$ 2.219.564,15 o que não aparece no extrato enviado e também não obtivemos informações sobre uma possivel conta para saldo diferido. Verificamos que foi aplicado às despesas com Profissionais do Magistério, que é 70%, aplicou 93,38% e quanto às demais despesas para pagamento da manutenção que é 30%, não consta no documento o percentual que aplicou, somente consta o valor de R$ 1.856.287,44.A Sra. Bruna informou ainda que esse conselho já notificou o Departamento de Educação Cultura e Esporte na data de 01/04/2024, sobre a não entrega dos documentos. A Sra. Bruna informou ainda que amanhã dia 03/04/2024 enviará essa ata devidamente assinada, juntamente com a lista de presença e os pareceres ao protocolo o controle interno. Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerradae eu Bruna Bizarro Menezes, presidente do CACS FUNDEB deste município lavrei e digitei a presente ata que segue por mim assinada e por demais membros deste conselho.

Maria do Rosario Neves Correa

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UV-BWW1-8QQQ-8912

Digitalizado com CamScanner

MEMORIAL DESCRITIVO



PROJETO PROINFÂNCIA - TIPO 2

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO....5
1.1. DEFINIÇÃO DO PROGRAMA PROINFÂNCIA FNDE....6
1.2. OBJETIVO DO DOCUMENTO....6

2. ARQUITETURA....7
2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS....8
2.2. PARÂMETROS DE IMPLANTAÇÃO....9
2.3. PARÂMETROS FUNCIONAIS E ESTÉTICOS....10
2.4. ESPAÇOS DEFINIDOS E DESCRIÇÃO DOS AMBIENTES....11
2.5. ELEMENTOS CONSTRUTIVOS DE ADAPTAÇÃO CLIMÁTICA....13
2.6. ACESSIBILIDADE....13
2.7. REFERÊNCIAS NORMATIVAS....14

3. SISTEMA CONSTRUTIVO....15
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA CONSTRUTIVO....16
3.2. AMPLIAÇÕES E ADEQUAÇÕES....16
3.3. VIDA ÚTIL DO PROJETO....17
3.4. REFERÊNCIAS NORMATIVAS....17

4. ELEMENTOS CONSTRUTIVOS....18
4.1. SISTEMA ESTRUTURAL....19
4.1.1. Considerações Gerais....19
4.1.2. Caracterização e Dimensão dos Componentes....19
4.1.3. Sequência de Execução....21
4.1.4. Normas Técnicas Relacionadas....24
4.2. SISTEMA DE VEDAÇÃO VERTICAL – PAREDES E/OU PAINÉIS....24
4.2.1. Alvenaria de Blocos Cerâmicos....24
4.2.2. Alvenaria de Elementos Vazados de Concreto Cobogós....26
4.2.3. Vergas e Contravergas em Concreto....27
4.3. ESQUADRIAS....28
4.3.1. Portas, Janelas e Pele de Vidro em Alumínio....28
4.3.2. Portas de Madeira....29
4.3.3. Portas de Ferro....30
4.3.4. Portas de Vidro....31
4.3.5. Fechamentos de Vidro do Pátio (opcional)....31
4.3.6. Telas de Proteção em Nylon....32

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4.3.7. Vidros e Espelhos.....32
4.3.8. Elementos metálicos – Portões e Gradis Metálicos – fechamento Metálico Fixo Frontal.....33
4.3.9 Elementos metálicos – Chapa Perfurada.....34
4.3.10 Elementos metálicos – Corrimão.....35
4.4. COBERTURAS 35
4.4.1. Estrutura Metálica.....35
4.4.2. Telha termo acústica tipo "sanduíche".....37
4.4.3. Rufos Metálicos.....38
4.4.4. Calhas Metálicas.....39
4.4.5. Pingadeiras em concreto.....41
4.5. IMPERMEABILIZAÇÃO 41
4.5.2. Emulsão Asfáltica.....41
4.6. REVESTIMENTOS INTERNOS E EXTERNOS.....42
4.6.1. Paredes Externas –Pintura Acrílica.....43
4.6.2. Paredes Internas – Áreas Secas – Circulações e Pátio.....44
4.6.3. Paredes Internas – Áreas Secas – Áreas Administrativas.....45
4.6.4. Paredes Internas – Áreas Secas – Áreas Pedagógicas.....46
4.6.5. Paredes Internas – Áreas Molhadas.....46
4.6.6. Pórticos.....47
4.6.7. Teto – Forro de Gesso.....48
4.6.8. Teto – Forro Mineral.....49
4.7. SISTEMAS DE PISOS INTERNOS E EXTERNOS 50
4.7.1. Piso Monolítico em cimentado liso.....50
4.7.2. Piso Vinílico em Manta.....50
4.7.3. Piso em Cerâmica 40cm x 40cm.....52
4.7.4. Piso em Cerâmica 60cm x 60cm.....53
4.7.5. Soleira em Granito.....53
4.7.6. Piso em Concreto Desempenado.....54
4.7.7. Piso em Bloco Intertravado de Concreto.....54
4.7.8. Piso em Areia filtrada ou Grama Sintética.....55
4.7.9. Piso Tátil – Direcional e de Alerta.....56
4.8. LOUÇAS, METAIS E COMPLEMENTOS 57
4.8.1. Louças.....57
4.8.2. Metais/ Plásticos.....58
4.8.3. Bancada, Prateleiras, Divisórias e Peitoris em Granito.....58
4.8.4. Escaninho e Prateleiras em MDF Revestido.....59
4.8.5. Castelo d'água.....59
4.8.3. Mastros para Bandeira.....59

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4.9. PAISAGISMO E ÁREAS EXTERNAS....60
4.9.1. Forração de Grama....60

5. HIDRÁULICA....61
5.1. INSTALAÇÕES DE ÁGUA FRIA....62
5.1.1. Sistema de Abastecimento....62
5.1.2. Ramal Predial....62
5.1.3. Reservatório....62
5.1.4. Materiais e Processo Executivo....63
5.1.5. Normas Técnicas Relacionadas....67
5.2. INSTALAÇÕES DE ÁGUAS PLUVIAIS....68
5.2.1. Materiais e Processo Executivo....68
5.2.2. Normas Técnicas Relacionadas....70
5.3. INSTALAÇÕES DE ESGOTO SANITÁRIO....70
5.3.1. Subsistema de Coleta e Transporte....70
5.3.2. Subsistema de Ventilação....70
5.3.3. Materiais e Processo Executivo....71
5.3.4. Solução Individual de Destinação de Esgotos Sanitários....74
5.3.5. Normas Técnicas Relacionadas....74
5.4. INSTALAÇÕES DE GÁS COMBUSTÍVEL....75
5.4.1. Materiais e Processo Executivo....75
5.4.2. Normas Técnicas Relacionadas....77
5.5. SISTEMA DE PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIO....78
5.5.1. Materiais e Processo Executivo....78
5.5.2. Normas Técnicas Relacionadas....80

6. ELÉTRICA....82
6.1. INSTALAÇÕES ELÉTRICAS....83
6.1.1. Materiais e Processo Executivo....83
6.1.2. Normas Técnicas Relacionadas....87
6.2. INSTALAÇÕES DE CLIMATIZAÇÃO....89
6.2.1. Materiais e Processo Executivo....90
6.2.2. Normas Técnicas Relacionadas....91
6.3. INSTALAÇÕES DE CABEAMENTO ESTRUTURADO....91
6.3.1. Materiais e Processo Executivo....92
6.3.2. Ligações de Rede....93
6.3.3. Conexões com a Internet....94
6.3.4. Segurança de Rede....94
6.3.5. Opcional Wireless Access Point....94

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

6.3.6. Ligações de TV.....95
6.3.7. Normas Técnicas Relacionadas.....95
6.4. INSTALAÇÕES DE SISTEMA DE EXAUSTÃO 96
6.4.1. Materiais e Processo Executivo.....96
6.4.2. Normas Técnicas Relacionadas.....98
6.5. INSTALAÇÕES DE SISTEMA DE PROTEÇÃO CONTRA DESCARGAS ATMOSFÉRICAS .98
6.5.1. Materiais e Processo Executivo.....98
6.5.2. Normas Técnicas Relacionadas.....99

7. ANEXOS.....100
7.1. TABELA DE DIMENSÕES E ÁREAS 101
7.2. TABELA DE ESPECIFICAÇÕES DE LOUÇAS E METAIS 103
7.3. TABELA DE ESQUADRIAS.....108
7.4. LISTAGEM DE DOCUMENTOS.....111
7.5. VARIAÇÃO DAS CORES.....116

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

1 INTRODUÇÃO

1.1. DEFINIÇÃO DO PROGRAMA PROINFÂNCIA FNDE

O Programa PROINFÂNCIA - Programa Nacional de Reestruturação e Aparelhagem da Rede Escolar Pública de Educação Infantil, criado pelo governo federal (MEC e FNDE), faz parte das ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), visando aprimorar a infraestrutura escolar, referente ao ensino infantil, tanto na construção das escolas, como na implantação de equipamentos e mobiliários adequados, uma vez que esses refletem na melhoria da qualidade da educação.

O programa além de prestar assistência financeira aos municípios, com caráter suplementar, padroniza e qualifica as unidades escolares de educação infantil da rede pública.

1.2. OBJETIVO DO DOCUMENTO

O memorial descritivo, como parte integrante de um projeto executivo, tem a finalidade de caracterizar criteriosamente todos os materiais e componentes envolvidos, bem como a sistemática construtiva utilizada. Tal documento relata e define o projeto executivo e suas particularidades.

Cabe ressaltar que o projeto executivo aqui referido compreende somente a porção padronizada do projeto fornecido pelo FNDE, assim denominada, por possuir nível de detalhamento maior que o projeto básico. O projeto executivo, contudo, para que seja assim considerado, deverá ser complementado pelo projeto de implantação no terreno, bem como por ajustes ao projeto-padrão fornecido em função de atendimento a exigências locais, elaborados localmente por equipe técnica capacitada.

Constam do presente memorial descritivo a descrição dos elementos constituintes do **projeto arquitetônico**, com suas respectivas sequências executivas e especificações. Constam também do Memorial a citação de leis, normas, decretos, regulamentos, portarias, códigos referentes à construção civil, emitidos por órgãos públicos federais, estaduais e municipais, ou por concessionárias de serviços públicos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

2. ARQUITETURA

2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O Projeto Padrão Tipo 2, desenvolvido para o Programa Proinfância, tem uma área construída de 775,85 m² e uma área de ocupação de 891,68 m² sobre um terreno de 1.575,00 m² (45x35m).Possui capacidade de atendimento de até 188 crianças, em dois turnos (matutino e vespertino), ou 94 crianças em período integral. As escolas de educação infantil são destinadas a crianças na faixa etária de 0 a 5 anos e 11 meses, distribuídos da seguinte forma:

Creche *- para crianças de 0 até 3 anos e 11 meses de idade, sendo:*

- *Creche I – 0 até 11 meses*
- *Creche II – 1 ano até 1 ano e 11 meses*
- *Creche III – 2 anos até 3 anos e 11 meses*

Pré-escola *– para crianças de 4 até 5 anos e 11 meses de idade*

O partido arquitetônico adotado foi baseado nas necessidades de desenvolvimento da criança, tanto no aspecto físico, psicológico, quanto no intelectual e social. Foram levadas em consideração as diversidades que temos no país, fundamentalmente em aspectos ambientais, geográficos e climáticos, em relação às densidades demográficas, os recursos socioeconômicos e os contextos culturais de cada região, de modo a propiciar ambientes com conceitos inclusivos, aliando as características dos ambientes internos e externos (volumetria, formas, materiais, cores, texturas) com as práticas pedagógicas, culturais e sociais.

Foi considerada como ideal a implantação das escolas do Tipo 2 em terreno retangular com medidas de 45m de largura por 35m de profundidade e declividade máxima de 3%. Tendo em vista as diferentes situações para implantação das escolas, o Projeto Padrão apresenta opções e alternativas para efetuá-las, dentre elas, opção de instalações elétricas em 127V e 220V, alternativas de fundações, implantação de sistema de esgoto quando não houver o sistema de rede pública disponível e alternativas de elementos construtivos visando o conforto térmico.

Com a finalidade de atender ao usuário principal, no caso, as crianças na faixa etária definida, o projeto adotou os seguintes critérios:

- Facilidade de acesso entre os blocos;
- Segurança física, que restringe o acesso das crianças desacompanhadas em áreas como cozinha, lavanderia, castelo d'água, central de gás, luz e telefonia;
- Circulação entre os blocos com no mínimo de 80cm, com garantia de acessibilidade em consonância com a ABNT NBR 9050 - *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*;
- Setorização por faixa etária, com a adoção de salas de atividades exclusivas, para a promoção de atividades específicas de acordo com as necessidades pedagógicas;
- Ambientes de integração e convívio entre crianças de diferentes faixas etárias tais como: pátios, solários e áreas externas;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

- Interação visual por meio de elementos de transparência como instalação de visores nas portas, esquadrias com peitoril baixo e elementos vazados nos solários;
- Equipamentos destinados ao uso e escala infantil, respeitando as dimensões de instalações adequadas, como vasos sanitários, pias, bancadas e acessórios em geral.

Tais critérios destinam-se a assegurar o conforto, saúde e segurança dos usuários na edificação, e independem das técnicas construtivas e materiais aplicados.

2.2. PARÂMETROS DE IMPLANTAÇÃO

Para definir a implantação do projeto no terreno a que se destina, devem ser considerados alguns parâmetros indispensáveis ao adequado posicionamento que irá privilegiar a edificação das melhores condições:

- **Características do terreno**: avaliar dimensões, forma e topografia do terreno, existência de vegetação, mananciais de água e etc.
- **Localização do terreno**: privilegiar localização próxima à demanda existente, com vias de acesso fácil, evitando localização próxima a zonas industriais, vias de grande tráfego ou zonas de ruído; Garantir a relação harmoniosa da construção com o entorno, visando o conforto ambiental dos seus usuários (conforto higrotérmico, visual, acústico, olfativo/qualidade do ar);
- **Adequação da edificação aos parâmetros ambientais**: adequação térmica, à insolação, permitindo ventilação cruzada nos ambientes de salas de aula e iluminação natural;
- **Adequação ao clima regional**: considerar as diversas características climáticas em função da cobertura vegetal do terreno, das superfícies de água, dos ventos, do sol e de vários outros elementos que compõem a paisagem a fim de antecipar futuros problemas relativos ao conforto dos usuários;
- **Características do solo:** conhecer o tipo de solo presente no terreno possibilitando dimensionar corretamente as fundações para garantir segurança e economia na construção do edifício. Para a escolha correta do tipo de fundação, é necessário conhecer as características mecânicas e de composição do solo, mediante ensaios de pesquisas e sondagem de solo;
- **Topografia:** Fazer o levantamento topográfico do terreno observando atentamente suas características procurando identificar as prováveis influências do relevo sobre a edificação, sobre os aspectos de fundações, conforto ambiental, assim como influência no escoamento das águas superficiais;
- **Localização da Infraestrutura:** Avaliar a melhor localização da edificação com relação aos alimentadores das redes públicas de água, energia elétrica e esgoto, neste caso, deve-se preservar a salubridade das águas dos mananciais utilizando-se fossas sépticas quando necessárias localizadas a uma distância de no mínimo 300m dos mananciais.
- **Orientação da edificação:** buscar a orientação ótima da edificação, atendendo tanto aos requisitos de conforto ambiental e dinâmica de utilização da Creche quanto à minimização da carga térmica e a consequente redução do consumo de energia elétrica. Além disso, a área exposta à maior insolação deve ser compatível com a posição

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

de solários, e com a entrada do sol nos ambientes internos favorecendo o desenvolvimento das crianças. A correta orientação deve levar em consideração o direcionamento dos ventos favoráveis, brisas refrescantes, levando-se em conta a temperatura média no verão e inverno característica de cada Município.

2.3. PARÂMETROS FUNCIONAIS E ESTÉTICOS

Para a elaboração do projeto e definição do partido arquitetônico foram condicionantes alguns parâmetros, a seguir relacionados:

- **Programa arquitetônico** – elaborado com base no numero de usuários e nas necessidades operacionais cotidianas da creche, proporcionando uma vivencia completa da experiência educacional adequada a faixa etária em questão;

- **Distribuição dos blocos** – a distribuição do programa se dá por uma setorização clara dos conjuntos funcionais em blocos e previsão dos principais fluxos e circulações; A setorização prevê tanto espaços para atividades particulares, restritas a faixa etária e ao grupo e a interação da criança em atividades coletivas. A distribuição dos blocos prevê também a interação com o ambiente natural;

- **Volumetria dos blocos** – Derivada do dimensionamento dos blocos e da tipologia de coberturas adotada, a volumetria é elemento de identidade visual do projeto e do programa Proinfância;

- **Áreas e proporções dos ambientes internos** – Os ambientes internos foram pensados sob o ponto de vista do usuário infantil. Os conjuntos funcionais do edifício da creche são compostos por salas de atividades/repouso/banheiros. As salas de atividades são amplas, permitindo diversos arranjos internos em função da atividade realizada, e permitindo sempre que as crianças estejam sob o olhar dos educadores. Nos banheiros, a autonomia das crianças está relacionada à adaptação dos equipamentos as suas proporções e alcance;

- **Layout** – O dimensionamento dos ambientes internos e conjuntos funcionais da creche foi realizado levando-se em consideração os equipamentos e mobiliário adequados a faixa etária específica e ao bom funcionamento da creche;

- **Tipologia das coberturas** – foi adotada solução simples de telhado em duas águas, com platibandas, de fácil execução em consonância com o sistema construtivo adotado. Esta tipologia é caracterizante do Programa Proinfância;

- **Esquadrias** – foram dimensionadas levando em consideração os requisitos de iluminação e ventilação natural em ambientes escolares;

- **Elementos arquitetônicos de identidade visual** – elementos marcantes do partido arquitetônico da creche, como pórticos, volumes, molduras e etc. Eles permitem a identificação da creche Tipo 1 e sua associação ao Programa Proinfância;

- **Funcionalidade dos materiais de acabamentos** – os materiais foram especificados levando em consideração os seus requisitos de uso e aplicação: intensidade e características do uso, conforto antropodinâmico, exposição a agentes e intempéries;

- **Especificações das cores de acabamentos** – foram adotadas cores que privilegiassem atividades lúdicas relacionadas a faixa etária dos usuários;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

- **Especificações das louças e metais** – para a especificação destes foi considerada a tradição, a facilidade de instalação/uso e a disponibilidade em várias regiões do país. Foram observadas as características físicas, durabilidade e facilidade de manutenção.

2.4. ESPAÇOS DEFINIDOS E DESCRIÇÃO DOS AMBIENTES

As escolas de *Ensino Infantil* do *Tipo 2* são térreas e possuem 2 blocos distintos, sendo eles: bloco A, bloco B. Os 02 blocos juntamente com o pátio coberto são interligados por circulação coberta. Na área externa estão o playground, jardins, o castelo d'água e a área de estacionamento. Os blocos são compostos pelos seguintes ambientes:

Bloco A

- *Hall;*
- *Administração;*
- *Sala de professores/reuniões;*
- *Fraldários/depósitos (Creche I);*
- *Salas de atividades Creche I – crianças de 0 a 11 meses:*
- *Amamentação (Creche I);*
- *Solário;*
- *Sanitários acessíveis adultos: masculino e feminino;*
- *Lactário:*
  - *Área de higienização pessoal;*
  - *Área de preparo de alimentos (mamadeiras e sopas) e lavagem de utensílios;*
  - *Bancada de entrega de alimentos prontos;*
- *Copa Funcionários;*
- *Lavanderia:*
  - *Balcão de recebimento e triagem de roupas sujas;*
  - *Bancada para passar roupas;*
  - *Tanques e máquinas de lavar e secar.*
- *Rouparia:*
  - *Balcão de entrega de roupas limpas.*
- *Vestiário masculino;*
- *Vestiário feminino;*
- *Cozinha:*
  - *Bancada de preparo de carnes;*
  - *Bancada de preparo de legumes e verduras;*
  - *Bancada de preparo de sucos, lanches e sobremesas;*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

- *Bancada de lavagem de louças sujas;*
- *Área de Cocção;*
- *Balcão de passagem de alimentos prontos;*
- *Balcão de recepção de louças sujas;*

- *Despensa;*
- *Varanda de Serviço:*
  - *Área de recepção e pré-lavagem de hortaliças;*

  - Deposito de Material de Limpeza (D.M.L);
- *Pátio de Serviço:*
  - *Secagem de roupas (varal);*
  - *Central GLP;*
  - *Depósito de lixo orgânico e reciclável;*

Bloco B:

- *01 Sala de atividades Creche II – crianças de 1 ano a 1 ano e 11 meses:*
- *01 Sanitário infantil;*
- *01 Sala de atividades Creche III – crianças de 2 anos a 3 anos e 11 meses:*
- *01 Sanitário P.N.E. infantil;*
- *02 Solários;*
- *Sala multiuso;*
- *02 Salas da pré-escola – crianças de 4 a 5 anos e 11 meses:*
- *01 Sanitário infantil;*
- *Almoxarifado;*
- *S.I, Telefonia, Elétrica;*

Pátio Coberto/Refeitório:

Espaço de integração entre as diversas atividades e diversas faixas etária.

Playground:

Espaço não coberto destinado à instalação dos brinquedos infantis.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

2.5. ELEMENTOS CONSTRUTIVOS DE ADAPTAÇÃO CLIMÁTICA

As diversidades climáticas no território nacional são inúmeras. As particularidades regionais devem ser observadas e as necessidades de conforto espacial e térmico atendidas. É, pois, de fundamental importância que o edifício proporcione a seus ocupantes um nível desejável de conforto ambiental, o que tem início com a realização de um projeto de implantação adequado que privilegie a adequação da edificação aos parâmetros ambientais, bem como definido no item 2.2.

A existência de um projeto padrão, contudo, dificulta em partes a adaptação climática a regiões especificas. Para a resolução de tal problema, foram criados durante a execução do projeto arquitetônico, alguns elementos construtivos acessórios e opcionais de controle de ventilação, e melhoria do conforto térmico, para serem adotados conforme a necessidade climática da região onde se construirá cada unidade de creche:

- **Fechamentos dos Pátios:** No pátio coberto, foram definidas esquadrias que podem ser usadas nas regiões de clima frio. São compostas de janelas de vidro laminado ou temperado, com folhas de correr por frisos localizados no piso e teto, permitindo que esses ambientes fiquem parcialmente ou totalmente fechados.

2.5.1. Referências com os Desenhos

- Referências: **TIPO2-ARQ-PCD-RFR0-18_R02** - Sugestão de fechamento para regiões frias.

2.6. ACESSIBILIDADE

Com base no artigo 80 do Decreto Federal N°5.296, de 2 de Dezembro de 2004, a acessibilidade é definida como “Condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida”.

O projeto arquitetônico baseado na norma ABNT NBR 9050 - *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*, prevê além dos espaços com dimensionamentos adequados, todos os equipamentos de acordo com o especificado na norma, tais como: barras de apoio, equipamentos sanitários, sinalizações visuais e táteis.

Tendo em vista a legislação vigente sobre o assunto, o projeto prevê:

- **Rampa** de acesso, que deve adequar-se à topografia do terreno escolhido;
- **Piso tátil** direcional e de alerta perceptível por pessoas com deficiência visual;
- **Sanitários para adultos** (feminino e masculino) portadores de necessidade especiais;
- **Sanitário para crianças** portadoras de necessidades especiais.

Observação: Os sanitários contam com bacia sanitária específica para estes usuários, bem como barras de apoio nas paredes e nas portas para a abertura / fechamento de cada ambiente.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

2.7. REFERÊNCIAS NORMATIVAS

- ABNT NBR 9050, *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*.

- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. *Parâmetros básicos de infraestrutura para instituições de educação infantil*. Brasília : MEC, SEB, 2006.

- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. *Parâmetros básicos de infraestrutura para instituições de educação infantil, encarte 1.* Brasília : MEC, SEB, 2006.

- Portaria GM/MS Nº 321/88 (Anvisa) para dimensionamento e funcionamento de creches

- Diretrizes Técnicas para apresentação de Projetos e Construção de Estabelecimentos de Ensino Publico – Volumes I a VI - FNDE, 2012;

- Site FDE – Fundação para o Desenvolvimento da Educação – Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Educação, http://catalogotecnico.fde.sp.gov.br:

- Catálogo de Serviços;
- Catálogo de Ambientes;
- Catálogo de Componentes

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

3. SISTEMA CONSTRUTIVO

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA CONSTRUTIVO

Em virtude do grande número de municípios a serem atendidos e da maior agilidade na análise de projeto e fiscalização de convênios e obras, optou-se pela utilização de um projeto-padrão. Algumas das premissas deste projeto padrão têm aplicação direta no sistema construtivo adotado:

- Definição de um modelo que possa ser implantado em qualquer região do território brasileiro, considerando-se as diferenças climáticas, topográficas e culturais;
- Facilidade construtiva, com modelo e técnica construtivos amplamente difundidos;
- Garantia de acessibilidade aos portadores de necessidades especiais em consonância com a ABNT NBR 9050 – *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*;
- Utilização de materiais que permitam a perfeita higienização e fácil manutenção;
- Obediência à legislação pertinente e normas técnicas vigentes no que tange à construção, saúde e padrões educacionais estabelecidos pelo FNDE/MEC;
- O emprego adequado de técnicas e de materiais de construção, valorizando as reservas regionais com enfoque na sustentabilidade.

Levando-se em conta esses fatores e como forma de simplificar e agilizar a execução da obra em todas as regiões do país, o sistema construtivo adotado alia técnicas convencionais a aplicação de componente industrializados amplamente difundidos, a saber:

- Estrutura de concreto armado;
- Alvenaria de tijolos furados (dimensões nominais: 9x19x39cm e 14x19x39cm conforme NBR 15270-1: *Componentes cerâmicos - Parte 1: Blocos cerâmicos para alvenaria de vedação - Terminologia e requisitos*);
- Forros de gesso e mineral;
- Telhas termo acústicas de preenchimento em PIR, apoiadas em estrutura metálica de cobertura.

3.2. AMPLIAÇÕES E ADEQUAÇÔES

Devido a características do sistema construtivo adotado, eventuais ampliações e adequações ao projeto podem ser facilmente executadas.

- **Acréscimos:**

A edificação foi concebida para contemplar plenamente as necessidades dos usuários previstos (94 crianças por turno). Eventuais ampliações devem ter sua necessidade cuidadosamente julgada. Quaisquer ampliações devem obedecer ao código de obras local, bem como as normas de referência citadas neste memorial descritivo.

Ampliações horizontais, desde que em consonância com o permitido no código de obras vigente, poderão ser feitas utilizando-se do mesmo sistema construtivo descrito acima. A edificação foi concebida para um pavimento, portanto ampliações verticais não foram previstas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

- **Demolições:**

As demolições de componentes, principalmente, elementos de vedação vertical, devem ser cuidadosamente feitas, após consulta ao projeto existente. A demolição de vedações deve levar em consideração o projeto estrutural, evitando-se danos e comprometimento da estrutura.

- **Substituições:**

Os componentes da edificação, conforme descritos no item **4.Elementos Construtivos**, podem ser facilmente encontrados em diversas regiões do pais. A substituição de quaisquer dos mesmos, deve ser feita com consulta prévia ao projeto existente, para confirmação de dados relativos aos componentes.

3.3. VIDA UTIL DO PROJETO

Sistema	Vida Útil mínima (anos)
Estrutura	≥ 50
Pisos Internos	≥ 13
Vedação vertical externa	≥ 40
Vedação vertical interna	≥ 20
Cobertura	≥ 20
Hidrossanitário	≥ 20

3.4. REFERÊNCIAS NORMATIVAS

- Práticas de Projeto, *Construção e Manutenção de Edifícios Públicos Federais*, SEAP - Secretaria de Estado de Administração e do Patrimônio;

- Códigos, Leis, Decretos, Portarias e Normas Federais, Estaduais e Municipais, inclusive normas de concessionárias de serviços públicos;

- ABNT NBR 5674, *Manutenção de edificações – Procedimento*.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4. ELEMENTOS CONSTRUTIVOS

Esta seção do memorial contém as especificações dos elementos construtivos utilizados no projeto básico fornecido pelo FNDE.

4.1. SISTEMA ESTRUTURAL

4.1.1. Considerações Gerais

Neste item estão expostas algumas considerações sobre o sistema estrutural adotado, do tipo convencional composto de elementos estruturais em concreto armado. Para maiores informações sobre os materiais empregados, dimensionamento e especificações, deverão ser consultados os projetos de estruturas.

Quanto a resistência do concreto adotada:

Estrutura	FCK (MPa)
Vigas	25 MPa
Pilares	25 MPa
Sapatas	25 MPa

4.1.2. Caracterização e Dimensão dos Componentes

4.1.2.1. Fundações

A escolha do tipo de fundação mais adequado para uma edificação é função das cargas da edificação e da profundidade da camada resistente do solo. O projeto padrão fornece as cargas da edificação, porém as resistências de cada tipo de solo serão diferentes para cada terreno.

Importante: O FNDE fornece um projeto de fundações básico, baseado em previsões de cargas e dimensionamento, principalmente com a finalidade de estabelecer custos estimados para o repasse financeiro. O Ente federado requerente deve, utilizando-se ou não do projeto básico oferecido pelo FNDE, **desenvolver o projeto executivo de fundações**, em total obediência às prescrições das Normas próprias da ABNT. O projeto executivo confirmará ou não as previsões de cargas e dimensionamento fornecidas no projeto básico e caso haja divergências, o projeto executivo elaborado deverá ser homologado pela Coordenação de Infraestrutura do FNDE – CGEST.

Deverá ser adotada uma solução de fundações compatível com a intensidade das cargas, a capacidade de suporte do solo e a presença do nível d'água. Com base na combinação destas análises optar-se-á pelo tipo que tiver o menor custo e o menor prazo de execução.

4.1.2.1.1. Fundações Superficiais ou diretamente apoiadas

Desde que seja tecnicamente viável, a fundação direta é uma opção interessante, pois, no aspecto técnico tem-se a facilidade de inspeção do solo de apoio aliado ao controle de qualidade do material no que se refere à resistência e aplicação.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

As sapatas deverão ser dimensionadas de acordo com as cargas na fundação fornecidas pelo cálculo da estrutura e pela capacidade de suporte do terreno, que deverá ser determinada através de ensaios para cada terreno onde a edificação será executada.

Este projeto contempla uma fundação do tipo sapata calculada para uma taxa de resistência do solo de 2kg/cm² considerando o solo homogêneo.

Caso essa taxa, onde será executada a obra, seja inferior a 2kg/cm² as fundações deverão ser recalculadas pelo Ente Federado. Tanto para aceitação deste projeto de fundação quanto para elaboração de novo projeto, deverá ser imitida ART de elaboração de projeto de fundações.

Recomendamos que seja realizada a sondagem do terreno pelo método SPT para determinação da resistência do solo e análise do perfil geotécnico.

Referências: **TIPO2-SFS-PLD-GER0-03_R02 –** Sapatas – Locação de obra e planta de cargas;

TIPO2-SFS-PLD-GER0-04_R02 – Sapatas – Detalhamento das sapatas;
TIPO2-SFS-PLD-GER0-05_R02 – Sapatas – Detalhamento das sapatas.

4.1.2.1.2. Fundações profundas

Quando o solo compatível com a carga da edificação se encontra a mais de 3m de profundidade é necessário recorrer às fundações profundas, tipo estaca, elementos esbeltos, implantados no solo por meio de percussão ou pela prévia perfuração do solo com posterior concretagem, que dissipam a carga proveniente da estrutura por meio de resistência lateral e resistência de ponta.

Este projeto contempla uma fundação do tipo estaca calculada para uma taxa de resistência do solo de 2kg/cm² considerando o solo homogêneo.

Caso essa taxa, onde será executada a obra, seja inferior a 2kg/cm² as fundações deverão ser recalculadas pelo Ente Federado. Tanto para aceitação deste projeto de fundação quanto para elaboração de novo projeto, deverá ser imitida ART de elaboração de projeto de fundações.

Referências: **TIPO2-SFN-PLD-GER0-01_R02 –** Fundação blocos sobre estacas – Locação de obra e planta de cargas;

TIPO2-SFN-PLD-GER0-02_R02 – Fundação blocos sobre estacas – Detalhamento dos blocos;

4.1.2.2. Vigas

Vigas em concreto armado moldado in loco com altura média aproximada 40 cm.

4.1.2.3. Pilares

Pilares em concreto armado moldado in loco.

4.1.2.4. Muro Frontal

O muro frontal será executado com pilares em concreto armado distanciados conforme projeto e preenchidos com alvenaria de blocos de concreto. Os projetos obedecerão aos procedimentos de execução prescritos abaixo e rigorosamente os projetos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Referências: **TIPO2-SCO-PLD-MUR0-16_R02** - Muro Frontal - Forma e Armação.

4.1.2.5. Abrigo do Gás

O abrigo de gás será executado em paredes de concreto e obedecerão aos procedimentos de execução prescritos abaixo e rigorosamente os projetos.

Referências: **TIPO2-SCO-PLD-GAS0-17_R02** - Abrigo do gás - Forma e Armação.

4.1.3. Sequência de execução

4.1.3.1. Fundações

4.1.3.1.1. Movimento de Terra:

Para levantamento dos volumes de terra a serem escavados e/ou aterrados, devem ser utilizadas as curvas de nível referentes aos projetos de implantação de cada edificação. A determinação dos volumes deverá ser realizada através de seções espaçadas entre si, tanto na direção vertical quanto horizontal. O volume de aterro deverá incluir os aterros necessários para a implantação da obra, bem como o aterro do caixão.

4.1.3.1.2. Lançamento do Concreto:

Antes do lançamento do concreto para confecção dos elementos de fundação, as cavas deverão estar limpas, isentas de quaisquer materiais que sejam nocivos ao concreto, tais como madeira, solo carreado por chuvas, etc. Em caso de existência de água nas valas da fundação, deverá haver total esgotamento, não sendo permitida sua concretagem antes dessa providência. O fundo da vala deverá ser recoberto com uma camada de brita de aproximadamente 3 cm e, posteriormente, com uma camada de concreto simples de pelo menos 5 cm. Em nenhuma hipótese os elementos serão concretados usando o solo diretamente como fôrma lateral.

4.1.3.2. Superestrutura

Fôrmas

O dimensionamento das fôrmas e dos escoramentos será feito de forma a evitar possíveis deformações devido a fatores ambientais ou provocados pelo adensamento do concreto fresco.

Antes do início da concretagem, as fôrmas estarão limpas e estanques, de modo a evitar eventuais fugas de pasta. Estas serão molhadas até a saturação a fim de evitar-se a absorção da água de amassamento do concreto.

Os produtos antiaderentes, destinados a facilitar a desmoldagem, serão aplicados na superfície da fôrma antes da colocação da armadura.

Em peças com altura superior a 2,0 m, principalmente as estreitas, será necessária a abertura de pequenas janelas na parte inferior da fôrma, para facilitar a limpeza.

Não se admitem pontaletes de madeira com diâmetro ou menor lado da seção retangular inferior a 5,0 cm para madeiras duras e 7,0 cm para madeiras moles. Os

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

pontaletes com mais de 3,0 m de comprimento deverão ser contra ventados para evitar flambarem, salvo se for demonstrada desnecessidade desta medida.

O alinhamento, o prumo, o nível e a estanqueidade das fôrmas serão verificados e corrigidos permanente antes e durante o lançamento do concreto.

A retirada do escoramento deverá atender ao estabelecido em norma específica e atentando-se para os prazos recomendados:

- Faces laterais: 3 dias;
- Faces inferiores: 14 dias, com pontaletes, bem encunhados e convenientemente espaçados;
- Faces inferiores: 28 dias, sem pontaletes.

Armadura

A armadura não poderá ficar em contato direto com a fôrma, obedecendo-se para isso à distância mínima prevista em norma e no projeto estrutural. Para isso serão empregados afastadores de armadura dos tipos “clipes” plásticos ou pastilhas de argamassa.

Os diâmetros, tipos, posicionamentos e demais características da armadura, devem ser rigorosamente verificados quanto à sua conformidade com o projeto, antes do lançamento do concreto.

Todas as barras a serem utilizadas na execução do concreto armado, deverão passar por um processo de limpeza prévia, e deverão estar isentas de corrosão, defeitos, etc.

As armaduras deverão ser adequadamente amarradas a fim de manterem as posições indicadas em projeto, quando do lançamento e adensamento do concreto.

As armaduras que ficarem expostas por mais de 30 dias deverão ser pintadas com nata de cimento, o que as protegerá da ação atmosférica no período entre a colocação da forma e o lançamento do concreto. Antes do lançamento do concreto a nata deverá ser removida.

Concreto

A fim de se evitar quaisquer variações de coloração ou textura, serão empregados materiais de qualidade rigorosamente uniforme.

Todo o cimento será de uma só marca e tipo, quando o tempo de duração da obra o permitir, e de uma só partida de fornecimento.

Os agregados serão, igualmente, de coloração uniforme, de uma única procedência e fornecidos de uma só vez, sendo indispensável a lavagem completa dos mesmos.

As formas serão mantidas úmidas desde o início do lançamento até o endurecimento do concreto e protegido da ação dos raios solares, com sacos, lonas ou filme opaco de polietileno.

Na hipótese de fluir argamassa de cimento por abertura de junta de forma e que essa aguada venha a depositar-se sobre superfícies já concretadas, a remoção será imediata, o que se processará por lançamento, com mangueira de água, sob pressão.

A concretagem só poderá ser iniciada após a colocação prévia de todas as tubulações e outros elementos exigidos pelos demais projetos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Preparo do concreto deverá ser feito mecanicamente, observando-se o tempo mínimo para mistura, de 2 (dois) minutos que serão contados após o lançamento água no cimento.

A Contratada deverá garantir a cura do concreto durante 7 (sete) dias, após a concretagem.

Não será permitido o uso de concreto remisturado.

O concreto deverá ser convenientemente adensado após o lançamento, de modo a se evitar as falhas de concretagem e a segregação da nata de cimento.

O adensamento será obtido por meio de vibradores de imersão ou por vibradores de forma. Os equipamentos a serem utilizados terão dimensionamento compatível com as posições e os tamanhos das peças a serem concretadas.

Na hipótese de ocorrência de lesões, como "ninhos de concretagem", vazios ou demais imperfeições, a Fiscalização fará exame da extensão do problema e definirá os casos de demolição e recuperação de peças.

Como diretriz geral, nos casos em que não haja indicação precisa no projeto estrutural, haverá a preocupação de situar os furos, tanto quanto possível, na zona de tração das vigas ou outros elementos atravessados.

Para perfeita amarração das alvenarias com pilares, muros de arrimo, cortinas de concreto, etc., serão empregados fios de aço com diâmetro de 5 mm, comprimento total de 50 cm, distanciados entre si cerca de 60 cm, engastados no concreto e na alvenaria.

Lançamento

Não será permitido o lançamento do concreto de altura superior a 2 m para evitar segregação. Em quedas livres maiores, utilizar-se-ão calhas apropriadas; não sendo possíveis as calhas, o concreto será lançado por janelas abertas na parte lateral ou por meio de funis ou trombas.

Nas peças com altura superior a 2 m, com concentração de ferragem e de difícil lançamento, além dos cuidados do item anterior será colocada no fundo da fôrma uma camada de argamassa de 5 a 10 cm de espessura, feita com o mesmo traço do concreto que vai ser utilizado, evitando-se com isto a formação de "nichos de pedras".

Nos lugares sujeitos à penetração de água, serão adotadas providências para que o concreto não seja lançado havendo água no local; e mais, a fim de que, estando fresco, não seja levado pela água de infiltração.

Não será permitido o "arrastamento" do concreto, pois o deslocamento da mistura com enxada, sobre fôrmas, ou mesmo sobre o concreto já aplicado, poderá provocar perda da argamassa por adesão aos locais de passagem. Caso seja inevitável, poderá ser admitido, o arrastamento até o limite máximo de 3 m.

Cura do Concreto

Qualquer que seja o processo empregado para a cura do concreto, a aplicação deverá iniciar-se tão logo termine a pega. O processo de cura iniciado imediatamente após o fim da pega continuará por período mínimo de sete dias.

Quando no processo de cura for utilizada uma camada permanentemente molhada de pó de serragem, areia ou qualquer outro material adequado, esta terá no mínimo 5 cm.

Quando for utilizado processo de cura por aplicação de vapor d'água, a temperatura será mantida entre 38 e 66°C, pelo período de aproximadamente 72 horas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Admitem-se os seguintes tipos de cura:

a) Molhagem contínua das superfícies expostas do concreto;

b) Cobertura com tecidos de aniagem, mantidos saturados;

c) Cobertura por camadas de serragem ou areia, mantidas saturadas;

d) Lonas plásticas ou papéis betumados impermeáveis, mantidos sobre superfícies expostas, mas de cor clara, para evitar O aquecimento do concreto e a subsequente retração térmica;

e) Películas de cura química.

4.1.4. Normas Técnicas relacionadas

_ABNT NBR 5738, *Concreto – Procedimento para moldagem e cura de corpos-de prova*;

_ABNT NBR 5739, *Concreto – Ensaios de compressão de corpos-de-prova cilíndricos*;

_ABNT NBR 6118, *Projeto de estruturas de concreto – Procedimentos;*

_ABNT NBR 7212, *Execução de concreto dosado em central*;

_ABNT NBR 8522, *Concreto – Determinação do módulo estático de elasticidade à compressão*;

_ABNT NBR 8681, *Ações e segurança nas estruturas – Procedimento;*

_ABNT NBR 14931, *Execução de estruturas de concreto – Procedimento*.

4.2. SISTEMA DE VEDAÇÃO VERTICAL - PAREDES E/OU PAINÉIS

4.2.1. Alvenaria de Blocos Cerâmicos

4.2.1.1. Caracterização e Dimensões do Material:

Tijolos cerâmicos 9x19x39cm, de primeira qualidade, bem cozidos, leves, sonoros, duros, com as faces planas, cor uniforme;

- Largura: 9 cm; Altura:19 cm; Profundidade: 39 cm;

Tijolos cerâmicos 14x19x39cm, de primeira qualidade, bem cozidos, leves, sonoros, duros, com as faces planas, cor uniforme;

- Largura: 14 cm; Altura:19 cm; Profundidade: 39 cm;

4.2.1.2. Sequência de execução:

As paredes de alvenaria devem ser executadas de acordo com as dimensões e espessuras constantes do projeto.

Antes de iniciar a construção, os alinhamentos das paredes externas e internas devem ser marcados, preferencialmente, por meio de miras e níveis a laser ou, no mínimo, através de cordões de fios de arame esticados sobre cavaletes; todas as saliências, vãos de portas e janelas, etc., devem ser marcados através de fios a prumo.

As aberturas de rasgos (sulcos) nas alvenarias para embutimento de instalações só podem ser iniciados após a execução do travamento (encunhamento) das paredes.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

A demarcação das alvenarias deverá ser executada com a primeira fiada de blocos, cuidadosamente nivelada, obedecendo rigorosamente às espessuras, medidas e alinhamentos indicados no projeto, deixando livres os vãos de portas, de janelas que se apoiam no piso, de prumadas de tubulações e etc.

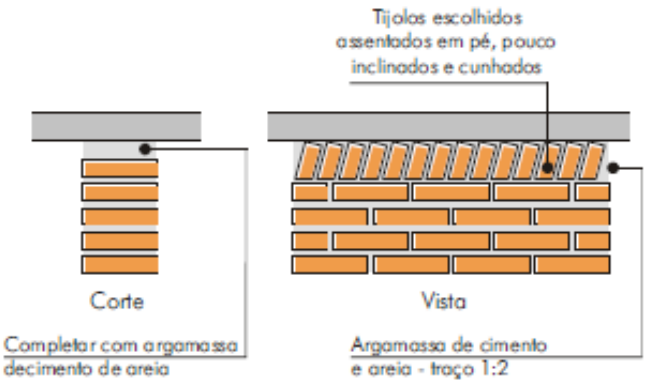
O armazenamento e o transporte serão realizados de modo a evitar quebras, trincas, lascas e outras condições prejudiciais. Deverão ser armazenados cobertos, protegidos de chuva, em pilhas não superiores a 1,5m de altura.

Após o assentamento, as paredes deverão ser limpas, removendo-se os resíduos de argamassa.

4.2.1.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos

O encontro da alvenaria com as vigas superiores (encunhamento) deve ser feito com tijolos cerâmicos maciços, levemente inclinados (conforme figura abaixo), somente uma semana após a execução da alvenaria.

Para a perfeita aderência da alvenaria às superfícies de concreto, será aplicado chapisco de argamassa de cimento e areia, no traço volumétrico de 1:3, com adição de adesivo, além da utilização de tela quadriculada soldada, tipo Belcofix, fixada com pino, arruela e cartucho Hilti.



4.2.1.4. Aplicação no Projeto e Referencias com os Desenhos:

Alvenaria de vedação com tijolo cerâmico de 9x19x39cm

- paredes internas, assentado em 1/2 vez com argamassa traço 1:2:8. Espessura final de 15cm - conforme indicação em projeto;

- sóculos em áreas molhadas, assentados em 1 vez (tijolo deitado), conforme indicação em projeto;

Alvenaria de vedação com tijolo cerâmico de 14x19x39cm

- paredes externas, assentado em 1/2 vez com argamassa traço 1:2:8. Espessura final de 20cm - conforme indicação em projeto;

- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02**- Planta Baixa

TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02- Cortes

TIPO2-ARQ-FCH-GER0-07-08_R02 - Fachadas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4.2.1.5. Normas Técnicas relacionadas:

_ABNT NBR 6460, *Tijolo maciço cerâmico para alvenaria - Verificação da resistência à compressão;*

_ABNT NBR 7170*, Tijolo maciço cerâmico para alvenaria;*

_ABNT NBR 8041*, Tijolo maciço para alvenaria – Forma e dimensões – Padronização;*

_ABNT NBR 8545*, Execução de alvenaria sem função estrutural de tijolos e blocos cerâmicos – Procedimento;*

_ABNT NBR 15270-1, *Componentes cerâmicos - Blocos e tijolos para alvenaria – Parte 1: Requisitos.*

_ABNT NBR 15270-2, *Componentes cerâmicos - Blocos e tijolos para alvenaria – Parte 2: Métodos de ensaios.*

4.2.2. Alvenaria de Elementos Vazados de Concreto - Cobogós

4.2.2.1. Caracterização e Dimensões do Material:

Peças pré-fabricadas em concreto de medidas 40x40x6 cm, de primeira qualidade, leves, com as faces planas, e cor uniforme. O acabamento deve ser em pintura acrílica segundo cor indicada no quadro de cores. Compõem o painel de cobogós, base, pilares e testeira superior, sendo estes com acabamento em pré-moldado de concreto.

- Peça: Largura 40 cm; Altura 40 cm; Profundidade 6 cm;

Modelo /Peça	Especificação de Cor	Cor
Modelo Taco chinês	Opalina ref. Z037 (azul)	
Modelo 4 pontas	Amarelo Nacho ref. C038 (amarelo)	
Modelo Quadriculado 16 furos	Batida de pêssego – ref. B256 (laranja)	
Modelo Quadriculado 16 furos	Verde Boemia – ref. B315 (verde)	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Modelo /Peça	Especificação de Cor	Cor
Modelo Quadriculado 16 furos	Cor natural (concreto)	

4.2.2.2. Sequência de execução:

Os blocos devem ser assentados com argamassa de cimento, areia e adesivo plastificante (*vedalit*), e revestidas conforme especificações do projeto de arquitetura.

4.2.2.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos

Iniciar pelo piso, assentar os elementos vazados, providenciando bom acabamento da interface com fechamentos laterais e superior.

4.2.2.4. Aplicação no Projeto e Referencias com os Desenhos:

- Painel do hall de entrada. h =210 cm - cores especificadas em projeto, conforme quadro de cores.

- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa

TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02- Cortes

TIPO2-ARQ-FCH-GER0-07-08_R02 - Fachadas

4.2.2.5. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 6136, *Blocos vazados de concreto simples para alvenaria - Requisitos;*

4.2.3. Vergas e Contravergas em concreto

4.2.3.1. Características e Dimensões do Material

As vergas serão de concreto, com 0,10m x 0,10m (altura e espessura), e comprimento variável de acordo com a esquadria em questão, embutidas na alvenaria.

4.2.3.2. Sequência de execução:

Sobre os vãos de portas e sobre/sob as janelas deverão ser construídas vergas de concreto armado convenientemente dimensionadas. As vergas se estenderão, para além dos vãos, 20 cm para cada lado. Quando os vãos forem relativamente próximos e na mesma altura deverá ser executada verga contínua sobre todos eles.

Em caso de cargas elevadas e grandes vãos deverá ser feito um cálculo para dimensionamento das vergas. Nos demais casos, as vergas poderão ser com blocos canaletas preenchido com concreto Fck 15 MPa e 4 barras longitudinais de ferro 8 mm e estribos de ferro de 5,0 mm espaçados a cada 15 cm. É permitida a utilização de verga pré-moldada com fck 20Mpa.

4.2.3.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Em todas as esquadrias do projeto.

- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa

TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02 - Cortes

TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-12-15_R02 – Esquadrias - detalhamento

4.3. ESQUADRIAS

4.3.1. Portas e Janelas de Alumínio

4.3.1.1. Características e Dimensões do Material

As esquadrias serão de alumínio na cor natural, fixadas na alvenaria, em vãos requadrados e nivelados com o contramarco. Os vidros deverão ser temperados e ter espessura de 6mm para as janelas e 8mm para as portas. Para especificação, observar a tabela de esquadrias (Anexo 7.3.).

- Os perfis em alumínio natural variam de 3 a 5cm, de acordo com o fabricante.
- Vidros serão do tipo miniboreal e temperado liso incolor com espessuras de 6mm e 8mm, conforme projeto de esquadrias.

4.3.1.2. Sequência de execução

A colocação das peças deve garantir perfeito nivelamento, prumo e fixação, verificando se as alavancas ficam suficientemente afastadas das paredes para a ampla liberdade dos movimentos. Observar também os seguintes pontos:

Para o chumbamento do contramarco, toda a superfície do perfil deve ser preenchida com argamassa de areia e cimento (traço em volume 3:1). Utilizar réguas de alumínio ou gabarito, amarrados nos perfis do contramarco, reforçando a peça para a execução do chumbamento. No momento da instalação do caixilho propriamente dito, deve haver vedação com mastique nos cantos inferiores, para impedir infiltração nestes pontos.

O transporte, armazenamento e manuseio das esquadrias serão realizados de modo a evitar choques e atritos com corpos ásperos ou contato com metais pesados, como o aço, zinco ou cobre, ou substâncias ácidas ou alcalinas. Após a fabricação e até o momento de montagem, as esquadrias de alumínio serão recobertas com papel crepe, a fim de evitar danos nas superfícies das peças, especialmente na fase de montagem.

4.3.1.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos:

A instalação dos contra-marcos e ancoragens é, provavelmente, a parte mais importante deste tópico, já que servirá de referência para toda caixilharia e acabamentos de alvenaria. Portanto, deverão ser colocados rigorosamente no prumo, nível e alinhamentos, conforme necessidades da obra, não sendo aceitos desvios maiores que 2 mm. As peças também deverão estar perfeitamente no esquadro e sem empenamentos, mesmo depois de chumbadas.

4.3.1.4. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Portas: caixilho em alumínio natural com preenchimento em veneziana ou vidro, conforme projeto.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Janelas: caixilho em alumínio natural com preenchimento em veneziana ou vidro, conforme projeto.

Para especificação, observar a tabela de esquadrias (Anexo 7.3.).

Referências: **TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-12-15_R02** - Esquadrias - Detalhamento

4.3.1.5. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 10821-1: *Esquadrias externas para edificações - Parte 1: Terminologia;*

_ ABNT NBR 10821-2: *Esquadrias externas para edificações - Parte 2: Requisitos e classificação;*

_ *Obras Públicas: Recomendações Básicas para a Contratação e Fiscalização de Obras de Edificações Públicas (2ª edição):* TCU, SECOB, 2009.

4.3.2. Portas de Madeira

4.3.2.1. Características e Dimensões do Material:

Madeira

Deverá ser utilizada madeira de lei, sem nós ou fendas, não ardida, isenta de carunchos ou brocas. A madeira deve estar bem seca. As folhas de porta deverão ser executadas em madeira compensada de 35 mm, com enchimento sarrafeado, semi-ôca, revestidas com compensado de 3mm em ambas as faces.

Os marcos e alisares (largura 8cm) deverão ser fixados por intermédio de parafusos, sendo no mínimo 8 parafusos por marco.

Ferragens

As ferragens deverão ser de latão ou em liga de alumínio, cobre, magnésio e zinco, com partes de aço. O acabamento deverá ser cromado. As dobradiças devem suportar, com folga o peso das portas e o regime de trabalho que venham a ser submetidas. Os cilindros das fechaduras deverão ser do tipo monobloco. Para as portas externas, para obtenção de mais segurança, deverão ser utilizados cilindros reforçados. As portas internas poderão utilizar cilindros comuns.

Nas portas de sanitários e vestiários indicadas em projeto, onde se atende a NBR 9050 - *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*, serão colocados puxadores horizontais no lado oposto ao lado de abertura da porta e chapa metálica resistente a impactos de alumínio, nas dimensões de 0,80m x 0,40m e=1mm, conforme projeto.

4.3.2.2. Sequência de execução:

Antes dos elementos de madeira receberem pintura esmalte, estes deverão ser lixados e receber no mínimo duas demãos de selante, intercaladas com lixamento e polimento, até possuírem as superfícies lisas e isentas de asperezas.

As portas de madeira e suas guarnições deverão obedecer rigorosamente, quanto à sua localização e execução, as indicações do projeto arquitetônico e seus respectivos desenhos e detalhes construtivos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Na sua colocação e fixação, serão tomados cuidados para que os rebordos e os encaixes nas esquadrias tenham a forma exata, não sendo permitidos esforços nas ferragens para seu ajuste.

Não serão toleradas folgas que exijam correção com massa, taliscas de madeira ou outros artifícios.

4.3.2.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Portas revestidas: com pintura esmalte cor PLATINA, e com laminado melamínico cor BRANCO GELO, conforme projeto e anexo 7.3. Tabela de Esquadrias;
- Conjuntos Marcos e Alisares: pintura esmalte, cor BRANCO GELO;
- Conjuntos de fechadura e maçaneta;
- Dobradiças (3 ou 2* para cada folha de porta – *portas de Box banheiros);
- Puxadores (barra metálica para acessibilidade).
- Tarjetas livre/ocupado (1 para cada porta).

Referências: **TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-12-15_R02** - Esquadrias - Detalhamento

4.3.2.4. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 7203: *Madeira serrada e beneficiada;*

_ ABNT NBR 15930-1: *Portas de madeira para edificações - Parte 1: Terminologia e simbologia;*

_ ABNT NBR 15930-2: *Portas de madeira para edificações - Parte 1: Requisitos.*

4.3.3. Portas de Ferro

4.3.3.1. Características e Dimensões do Material:

Todo material a ser empregado deverá ser de boa qualidade e sem defeito de fabricação. Todos os quadros, fixos ou móveis, serão perfeitamente esquadrinhados ou limados, de modo que desapareçam as rebarbas e saliências de solda. A estrutura da esquadria deverá ser rígida.

Todos os furos dos rebites ou parafusos serão escariados e as asperezas limadas.

Os rebaixos ou encaixes para dobradiças, fechaduras de embutir, chapa testa, etc., terão a forma das ferragens, não sendo toleradas folgas que exijam emendas ou outros artifícios.

As serralherias serão entregues na obra, protegidas contra oxidação, dentro das seguintes condições:

A superfície metálica será limpa e livre de ferrugem, quer por processos mecânicos, quer por processos químicos e depois receberá anticorrosivo apropriado SUPERGALVITE, não se admitindo o uso de zarcão ou similares.

4.3.3.2. Sequência de execução:

Todos os trabalhos de serralheria serão executados com precisão de cortes e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

ajustes, e de acordo com os respectivos detalhes de projeto.

Todas as peças de ferro desmontáveis serão fixadas com parafusos de latão amarelo quando se destinarem à pintura, e de latão niquelado ou cromado quando fixarem peças com estes acabamentos.

A colocação das esquadrias deverá ser nos vãos e locais preparados e com os respectivos chumbadores e marcos para fixação.

Após a fixação definitiva, deverá ser certificado o nivelamento das esquadrias e o seu perfeito funcionamento.

Os acessórios, ornatos e aplicações das serralherias serão colocados após os serviços de argamassa e revestimentos ou devidamente protegidos, até a conclusão da obra.

4.3.3.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Estrutura de barra chata em aço galvanizada (5x5cm) preenchida com chapa de aço carbono perfurada galvanizada. A chapa perfurada deverá ser soldada ao perfil metálico;
- Trinco e ferrolho em ferro;
- Dobradiças em chapa com parafuso;
- Todas as peças receberão pintura com tinta esmalte na cor amarelo ouro;

Para especificação, observar a tabela de esquadrias (Anexo 7.3.).

Referências: **TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-12-15_R02** - Esquadrias - Detalhamento

4.3.3.4. Normas Técnicas relacionadas:

_ABNT NBR 10821-1: *Esquadrias externas para edificações - Parte 1: Terminologia;*

_ABNT NBR 10821-2: *Esquadrias externas para edificações - Parte 2: Requisitos e classificação;*

_Obras Públicas: Recomendações Básicas para a Contratação e Fiscalização de Obras de Edificações Públicas (2ª edição): TCU, SECOB, 2009.

4.3.4. Portas de Vidro

4.3.4.1. Características e Dimensões do Material:

Portas em vidro temperado de espessura 10mm, dimensões e características conforme projeto e especificação. As portas receberão película adesiva com acabamento jateado conforme detalhamento em projeto.

4.3.4.2. Sequência de execução:

Sistema de fixação, através de ferragens para portas pivotantes, trilhos para portas de correr, conforme detalhamento e especificações em projeto.

4.3.4.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Referências: **TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-12-15_R02** - Esquadrias – Detalhamento

4.3.5. Fechamentos de Vidro do Pátio – (opcional)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4.3.5.1. Características e Dimensões do Material:

Vidro temperado de espessura 10mm, conforme projeto e detalhamento.

Alternativa para fechamento em Regiões Frias- Esquadria de alumínio para fechamento do pátio coberto e refeitório, conforme detalhamento de projeto.

4.3.5.2. Sequência de execução:

Sistema de fixação para vidro temperado, com aparafusamento do vidro nas ferragens recomendadas pelo fabricante.

4.3.5.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Referências: **TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-12-15_R02** - Esquadrias - Detalhamento

TIPO2-ARQ-PCD-RFR0-18_R02 - Complemento para regiões frias

4.3.6. Telas de Proteção em Nylon

4.3.6.1. Características e Dimensões do Material:

Tela de proteção tipo mosquiteiro em nylon, como objetivo de evitar a entrada de insetos nas áreas de preparo e armazenagem de alimentos, cor cinza. O conjunto é composto de tela cor cinza* ou, barra de alumínio para moldura, kit cantoneira e corda de borracha para vedação.

- Dimensões variáveis conforme detalhamento de esquadrias.

* Na indisponibilidade da tela na cor especificada, poderá ser usada também a tela na cor azul.

4.3.6.2. Sequência de execução:

Instalar a moldura em alumínio na fachada externa nas esquadrias especificadas em projeto. A tela devera ser fixada na barra de alumínio, utilizando-se a corda de borracha para vedação. A moldura devera ser executada de acordo com o tamanho da esquadria, com acabamento nos cantos, com kit cantoneira em borracha.

4.3.6.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Esquadrias específicas do bloco de serviços, conforme indicação em projeto.

Referências: **TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-12-15_R02** - Esquadrias - Detalhamento

TIPO2-ARQ-FCH-GER0-07-08_R02 - Fachadas

4.3.7. Vidros e Espelhos

4.3.7.1. Características e Dimensões do Material:

Os vidros das esquadrias serão do tipo temperado liso incolor de 6mm para as janelas e 8mm para as portas e do tipo miniboreal 6mm conforme locais indicados no projeto específico.

Os vidros a serem empregados nas obras não poderão apresentar bolhas, lentes,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

ondulações, ranhuras ou outros defeitos como beiradas lascadas, pontas salientes, cantos quebrados, corte de bisel nem folga excessiva com relação ao requadro de encaixe.

Os vidros temperados não poderão ter contato direto com seu sistema de fixação, sendo isolados por meio de gaxeta de neoprene ou cartão apropriado.

Os espelhos terão as dimensões indicadas no projeto com espessura de 4mm. Serão fixados na parede com filetes de silicone.

4.3.7.2. Sequência de execução:

Antes da colocação dos vidros nos rebaixos dos caixilhos, estes serão bem limpos e lixados; os vidros serão assentes entre as duas demãos finas de pintura de acabamentos.

As chapas de vidro deverão sempre ficar assentes em leito elástico, quer de massa (duas demãos), quer de borracha; essa técnica não será dispensada, mesmo quando da fixação do vidro com baguete de metal ou madeira.

As gaxetas e fitas devem ser dimensionadas para uma pressão uniforme ao longo das bordas do vidro. As bordas dos vidros devem ser lapidadas. Todo vidro deve estar etiquetado com a identificação do caixilho em que será instalado, para evitar manuseio desnecessário.

Também deve ser evitado empilhamento conjunto de vidros de tipos diferentes, para que não haja necessidade de se retirar uma placa de vidro do meio da pilha.

O armazenamento das chapas de vidro será efetuado de maneira cuidadosa, em local adequado, onde não seja possível o acúmulo de poeira ou condensação das chapas. O prazo de armazenamento das chapas de vidro no canteiro de obras deverá ser o menor possível, a fim de se evitar danos em sua superfície.

4.3.7.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Para especificação, observar a tabela de esquadrias (Anexo 7.3).

Referências: **TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-12-15_R02** - Esquadrias - Detalhamento

4.3.8. Elementos Metálicos – Portões e Gradis Metálicos – fechamento Metálico Fixo Frontal

4.3.8.1. Características e Dimensões do Material:

Gradil e portões metálicos compostos de:

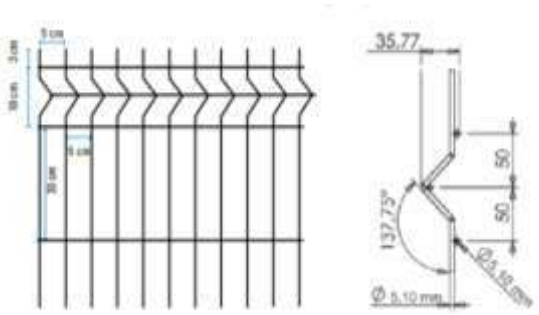
- Perfil estrutural em aço carbono galvanizado a fogo com seção 4x6cm;
- Fechamento em gradil com arame de aço galvanizado.

Os portões são formados com perfis metálicos de seção 4x6cm, soldados em barras horizontais 4x6cm (inferior e superior) com fechamento em gradil de aço galvanizado. Todo o conjunto receberá pintura na cor branco gelo (conforme projeto).

O fechamento frontal em gradil será executado com pilaretes de seção 4x6cm com base, espaçados conforme projeto, e fechamento em gradil. Os pilaretes serão parafusados em mureta de alvenaria com 0,60m de altura.

- Modelo de referência: Gradil Morlan
- Pilaretes: seção 4cm x 6 cm com 1,58m de altura;
- Gradil: malha 5cm x 20cm, fio 5,10mm com 1,53m de altura.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT



De acordo com o projeto padrão fornecido pelo FNDE (para terreno de 45 x 35 m), haverá fechamento com gradil de 1,58m de altura, com pilaretes metálicos e tela de aço galvanizado de tamanho fixo, instalado na parte frontal do lote, acima de mureta de alvenaria de 0,62m de altura. Caso o terreno disponível seja maior, o ente requerente poderá utilizar-se do padrão de fechamento aqui descrito para a instalação em todo o seu terreno, ficando o custeio do excedente a cargo do requerente.

4.3.8.2. Sequência de execução:

A instalação deverá obedecer a seguinte ordem: pialretes-painel-pilaretes.

Os pilaretes deverão ser parafusados na mureta de alvenaria. Deverá ser verificado o prumo e alinhamento. O gradil deverá ser fixado aos pilaretes por meio de fixadores específicos ou soldados.

Após a fixação definitiva, deverá ser certificado o nivelamento das peças e o seu perfeito funcionamento.

4.3.8.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Portão principal (entrada e saída): 2 conjuntos de portas de abrir, com 2 folhas cada. As folhas deverão ser fixadas nos pilares.

- portões laterais, auxiliares, conforme especificações de projeto.
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa

TIPO2-ARQ-PLE-PRT0-17_R02 - Portão e Muros - Planta e Elevação

4.3.9. Elementos Metálcios – Chapa Perfurada

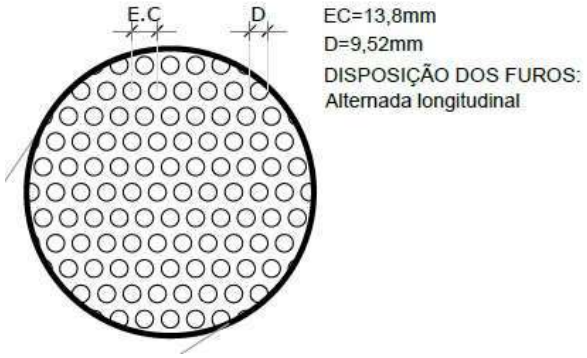
4.3.9.1. Características e Dimensões do Material:

- Fechamento de chapa de aço carbono, perfurada, galvanizada, soldada nos perfis metálicos 5x5cm, nas cores conforme projeto.

- Dimensões: Chapa perfurada: Espessura – 1,5mm, largura e comprimentos – conforme detalhamento de projeto.

- Modelo de referência: Grade furos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT



4.3.9.2. Sequência de execução:

A chapa metálica perfurada deverá ser instalada acima do peitoril de 0,50m e 0,25m. Os montantes e o travamento horizontal deverão ser fixados por meio de solda elétrica em cordões corridos por toda a extensão da superfície de contato. Todos os locais onde houver ponto de solda e/ou corte, devem estar isentos de rebarbas, poeira, gordura, graxa, sabão, ferrugem ou qualquer outro contaminante.

Deverá ser instalada a chapa metálica perfurada nos fechamentos laterais do pátio coberto, da cobertura do pátio e da cobertura da sala multiuso.

4.3.9.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Fechamento dos solários, varandas, pátio coberto e sala multiuso, conforme indicado em projeto.

- Referências: **TIPO2-ARQ-FCH-GER0-07-08_R02-** Fachadas – Detalhamento;

TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02- Cortes.

4.3.10. Elementos Metálicos – Corrimão

4.3.10.1. Características e Dimensões do Material

- Corrimão metálico composto por tubo de aço inoxidável, diâmetro de 4cm, com acabamento fosco.

- dimensões: composto por duas alturas – 92cm e 70cm – do piso.

4.3.10.2. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos

Rampa de acesso/entrada principal da edificação. As dimensões e modulação devem seguir o projeto arquitetônico

- Referências: **TIPO2-ARQ-PCD-GER0-16_R02** - Detalhamento

4.4. COBERTURAS

4.4.1. Estrutura Metálica

4.4.1.1. Características e Dimensões do Material

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Treliças em aço galvanizado, tipo *light steel frame* (lsf), conforme especificações do projeto de estruturas metálicas.

Refere-se ao conjunto de elementos metálicos, necessários para a fixação e conformação do conjunto do telhado. Serão componentes da estrutura metálica da cobertura, elementos como treliças espaciais, tesouras, terças, mãos francesas, longarinas, peças de fixação e contraventamento, necessário para a fixação e conformação do conjunto do telhado.

A estrutura metálica do telhado será apoiada sobre estrutura de concreto armado ou engastada em alvenaria de platibanda, conforme o caso, obedecendo as especificações do fabricante de telhas.

A estrutura metálica será executada em aço resistente à corrosão atmosférica, com resistência ao escoamento mínimo (f_y) de 300 Mpa, a resistência à ruptura mínima (f_u) de 415 MPA. Conectores de cisalhamento, chumbadores e chumbadores químicos: deverão respeitar dimensões mínimas, conforme normas específicas. Parafuso ASTM A325 com resistência ao escoamento mínimo (f_y) de 635 MPA e resistência à ruptura mínima (f_u) de 825 Mpa.

Toda a estrutura metálica receberá pintura com uma demão de primer anticorrosivo alquídico na cor cinza aplicada na fábrica com 25 a 35 micra de película seca. No pátio, onde a estrutura ficará aparente, deverá receber pintura esmalte sintético na cor branco gelo, com demãos necessárias para o total recobrimento das peças.

4.4.1.2. Sequência de execução:

Antes da execução da estrutura metálica deverão ser concluídas as instalações complementares que não poderão ser executadas após a conclusão desta.

Somente após estes serviços poderá ser liberado a execução da estrutura metálica e posterior fechamento da cobertura.

4.4.1.3. Aplicação no projeto e Referência com os desenhos

Estrutura de cobertura dos blocos A e B, bem como do Pátio Coberto, conforme especificação em projeto de estrutura metálica.

- Referências: **TIPO2-ARQ-COB-GER0-11_R02** - Cobertura
  TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02 - Cortes
  TIPO2-SMT-PCD-GER0-01-05_R02 - Estrutura Metálica
  TIPO2-SMT-PLE-GER0-06-07_R02 - Estrutura das Telhas

4.4.1.4. Normas Técnicas relacionadas

_ABNT NBR 5920, *Bobinas e chapas finas laminadas a frio e de aço de baixa liga, resistentes à corrosão atmosférica, para uso estrutural – Requisitos e ensaios*;

_ABNT NBR 6120, *Cargas para o cálculo de estruturas de edificações;*

_ABNT NBR 6123, *Forças devidas ao vento em edificações*;

_ABNT NBR 6649, *Bobinas e chapas finas a frio de aço-carbono para uso estrutural*;

_ABNT NBR 6650, *Bobinas e chapas finas a quente de aço-carbono para uso estrutural*;

_ABNT NBR 7242, *Peça fundida de aço de alta resistência para fins estruturais*;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

_ABNT NBR 8094, *Material metálico revestido e não revestido – Corrosão por exposição à névoa salina;*

_ABNT NBR 8096, *Material metálico revestido e não revestido – Corrosão por exposição ao dióxido de enxofre;*

_ABNT NBR 8681, *Ações e segurança nas estruturas – Procedimento;*

_ABNT NBR 8800, *Projeto de estruturas de aço e de estruturas mistas de aço e concreto de edifícios;*

_ABNT NBR 14323, *Projeto de estruturas de aço e concreto de edifícios em situação de incêndio;*

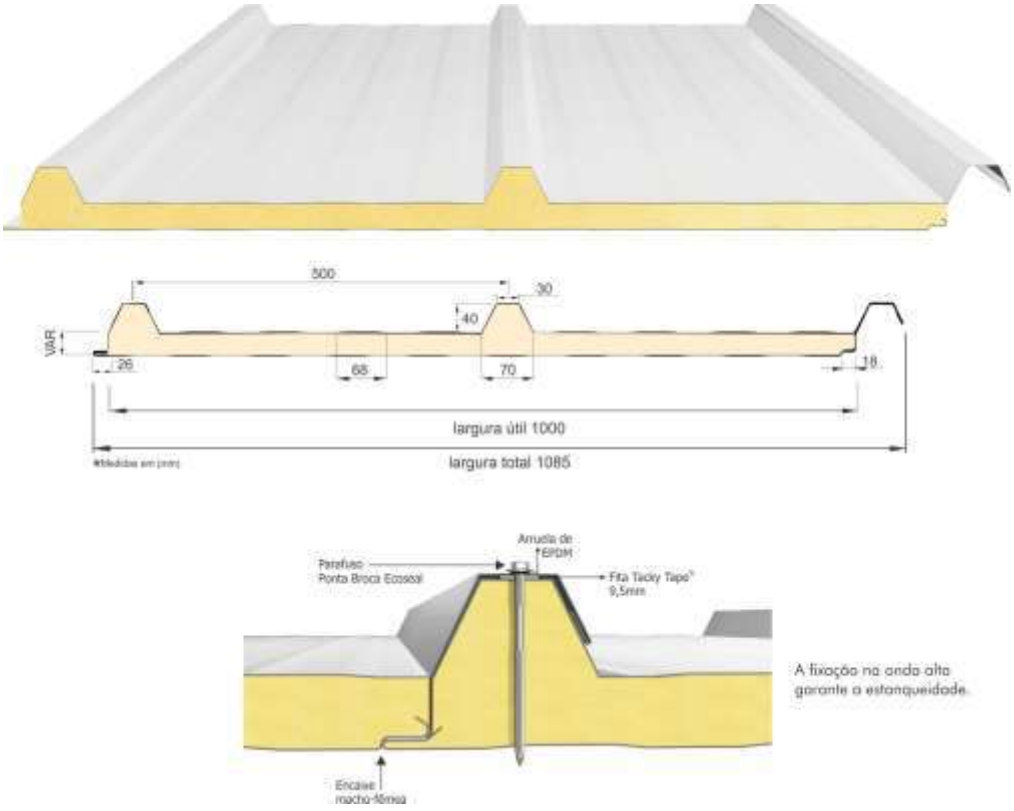
_ABNT NBR 14762, *Dimensionamento de estruturas de aço constituídas por perfis formados a frio.*

4.4.2. Telhas termo acústicas tipo “sanduíche”

4.4.2.1. Características e Dimensões do Material:

Serão aplicadas telhas termo acústicas, “tipo sanduíche”, com preenchimento em PIR, fixadas sobre estrutura metálica em aço galvanizado.

Largura útil: 1.000 mm
Espessura: 30 mm
Comprimento: Conforme projeto



As telhas são do tipo trapezoidal, sendo formadas pelas seguintes camadas:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

- Revestimento superior em aço pré-pintado, na cor branca, de espessura #0,50mm.

- Núcleo em Espuma rígida de Poliisocianurato (PIR), com densidade média entre 38 a 42 kg/m³.

- Revestimento inferior em aço galvalume (para os blocos A e B) e em aço pré-pintado, na cor branca (para o Pátio Coberto) de espessura #0,43mm.

- Modelo de Referência: Isotelha IF30mm 10,74kg/m²

4.4.2.2. Sequência de execução:

A aplicação das telhas deverá ser feita com parafusos apropriados. A fixação deve ser realizada na “onda alta” da telha, na parte superior do trapézio. A fixação deve ser reforçada com fita adesiva apropriada. A parte inferior, plana das telhas deve apresentar encaixe tipo “macho-fêmea” para garantia de melhor fixação. Todos os elementos de fixação devem seguir as recomendações e especificações do fabricante.

4.4.2.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos

As fixações com a estrutura metálica de cobertura devem ser feitas conforme descritas na sequencia de execução. Os encontros com empenas e fechamentos verticais em alvenaria, devem receber rufos metálicos, para evitar infiltrações de água. Os encontros dos planos de telhado com planos horizontais de laje deverão receber calhas coletoras, conforme especificação e detalhamento de projeto.

4.4.2.4. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos

- Telhados de toda a creche,

- Referências: **TIPO2-ARQ-COB-GER0-11_R02 -** Cobertura

TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05a06_R02 - Cortes

TIPO2-SMT-PLE-GER0-06-07_R02 - Estrutura das Telhas

4.4.2.5. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 14514: *Telhas de aço revestido de seção trapezoidal - Requisitos;*

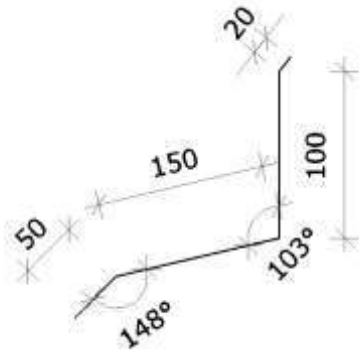
4.4.3. Rufos Metálicos

4.4.3.1. Caracterização e Dimensões do Material:

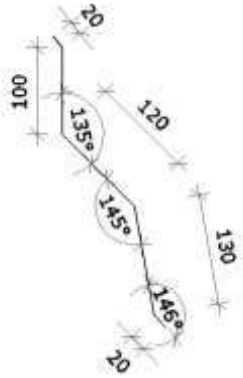
Rufo externo em chapa de aço galvanizado ou aço galvalume, conforme especificações do projeto de cobertura.

- Corte ou desenvolvimento de 32: Aba: 20 mm; Altura:100 mm; Largura: 150 mm; Aba 50 mm, conforme corte esquemático abaixo:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT



- Corte ou desenvolvimento de 39: Aba: 20 mm; Altura:100 mm; Largura: 120 mm; Largura: 130 mm; Aba 20 mm, conforme corte esquemático abaixo:



4.4.3.2. Sequência de execução:

Todos os encontros de telhas com paredes receberão rufos metálicos. Um bordo será embutido na alvenaria, e o outro recobrirá, com bastante folga, a interseção das telhas com a parede.

4.4.3.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos

Os rufos deverão recobrir as telhas e se estender verticalmente pela platibanda, conforme especificação e detalhamento de projeto. Quando for o caso estes deverão ser embutidos nas alvenarias.

4.4.3.4. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Telhados de toda a creche, onde existem encontros com platibandas em alvenaria vertical;

- Referências: **TIPO2-ARQ-COB-GER0-11_R02 -** Cobertura

TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02 - Cortes

TIPO2-SMT-PLE-GER0-07_R02 - Detalhes

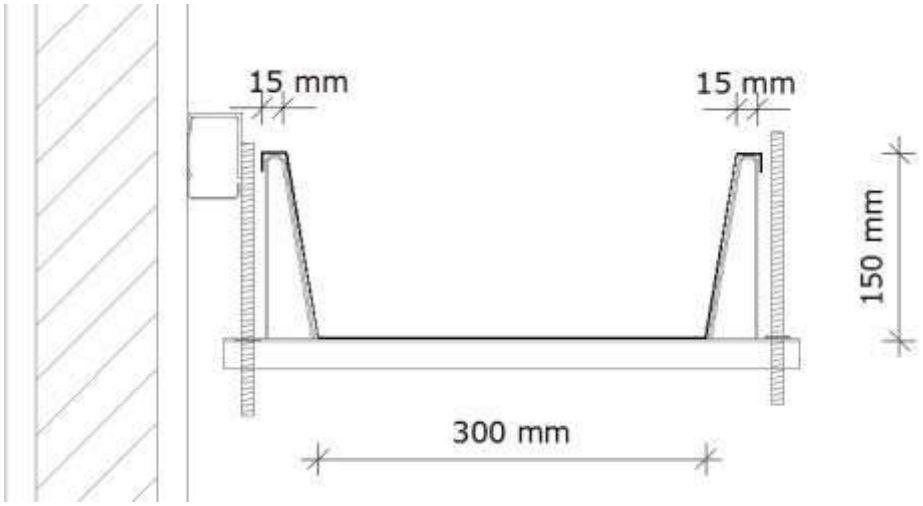
4.4.4. Calhas Metálicas

4.4.4.1. Caracterização e Dimensões do Material:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Calha em chapa de aço galvanizado ou aço galvalume, nº 24 – chapa de #0,65mm – ou nº 22 – chapa de #0,80mm de natural, com Suportes e Bocais

- Corte ou desenvolvimento conforme desenho abaixo: Aba: 15 mm; Altura:150 mm; Largura: 300mm; Aba 15 mm.



4.4.4.2. Sequência de execução:

As calhas deverão ser executadas antes da finalização do recobrimento das telhas. Deverão ser posicionadas conforme projeto de cobertura de tal forma que as bordas das telhas cubram uma parte de cada lado, ou um lado quando o caso, da calha.

O vazio deixado na parte superior da calha deverá ser o necessário para se efetuar a limpeza desta quando necessário evitando assim o entupimento dos pontos coletores.

4.4.4.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos

As calhas deverão ser fixadas na estrutura metálica de modo firme e estável. As telhas deverão transpassar as calhas em pelo menos 10 cm, de maneira a garantir o recolhimento efetivo da agua e evitar infiltrações.

4.4.4.4. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Telhados de toda a creche, no recolhimento das águas da cobertura.

- Referências: **TIPO2-ARQ-COB-GER0-11_R02 -** Cobertura

TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02 - Cortes

4.4.4.4.1. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 10844: *Instalações prediais de águas pluviais - Procedimento;*

_ ABNT NBR 14331: *Alumínio e suas ligas - Telhas e acessórios - Requisitos, projeto e instalação;*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4.4.5. Pingadeiras em Concreto

4.4.5.1. Caracterização do Material:

Pingadeira pré-moldada em concreto, modelo rufo, reto, com friso na face inferior para proteger as superfícies verticais da platibanda da água da chuva.

- Dimensões: Deverá ser executada com 3cm sobressalentes à espessura da alvenaria, para cada lado.

4.4.5.2. Sequência de execução:

Após a execução da platibanda e sua devida impermeabilização, devem-se assentar as placas de concreto ao longo de toda sua espessura, com argamassa industrial adequada. A união entre as placas deve estar devidamente calafetada, evitando, assim, a penetração de águas pelas junções. Será utilizado rejuntamento epóxi cinza platina com especificação indicada pelo modelo referência.

4.4.5.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos

As pingadeiras deverão ser assentadas somente após a conclusão da instalação das calhas e dos rufos.

4.4.5.4. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Telhados de toda a creche, encimando platibandas e empenas em alvenaria vertical;

- Referências: **TIPO2-ARQ-COB-GER0-11_R02 -** Cobertura

TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02 - Cortes

4.5. IMPERMEABILIZAÇÕES

Os serviços de impermeabilização terão primorosa execução por pessoal que ofereça garantia dos trabalhos a realizar, os quais deverão obedecer rigorosamente às normas e especificações a seguir:

Para os fins da presente especificação ficam estabelecidos que, sob a designação de serviços de impermeabilização tem-se como objetivo realizar obra estanque, isto é, assegurar, mediante o emprego de materiais impermeáveis e outras disposições, a perfeita proteção da construção contra penetração de água.

Desse modo, a impermeabilização dos materiais será apenas uma das condições fundamentais a serem satisfeitas: a construção será “estanque” quando constituída por materiais impermeáveis e que assim permaneçam, a despeito de pequenas fissuras ou restritas modificações estruturais da obra e contando que tais deformações sejam previsíveis e não resultantes de acidentes fortuitos ou de grandes deformações.

Durante a realização dos serviços de impermeabilização, será estritamente vedada a passagem, no recinto dos trabalhos, a pessoas estranhas ou a operários não diretamente afeitos àqueles serviços.

4.5.1. Emulsão Asfáltica

4.5.1.1. Caracterização e Dimensões do Material:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Manta líquida, de base asfalto elastomérico e aplicação a frio sem emendas.

- Balde de 18L; Tambor de 200L;

- Modelo de Referência: Vedapren manta líquida.

4.5.1.2. Sequência de execução:

A base deve estar limpa e seca, sem impregnação de produtos que prejudiquem a aderência, como desmoldantes, graxa, agentes de cura química, óleo, tintas, entre outros. Caso haja falhas ou fissuras na base, estas devem ser tratadas e corrigidas antes da regularização. No piso, executar regularização com argamassa desempenada e não queimada no traço 1:3 (cimento:areia média) prevendo caimento mínimo de 0,5% em áreas internas e 1% em áreas externas, em direção aos coletores de água.

No rodapé, executar regularização com argamassa no traço 1:3 (cimento:areia média) arredondando os cantos e arestas com raio mínimo de 5 cm. Recomenda-se deixar uma área com altura mínima de 40 cm com relação à regularização do piso e 3 cm de profundidade para encaixe da impermeabilização. Para aumentar a aderência entre a base e a argamassa de regularização, utilizar o adesivo de alto desempenho para argamassas e chapiscos.

O produto é aplicado como pintura, com trincha ou vassoura de cerdas macias, em demãos, respeitando o consumo por m² para cada campo de aplicação, com intervalo mínimo de 8 horas entre cada demão, à temperatura de 25 °C. Nos rodapés, a impermeabilização deve subir 30 cm no encaixe previsto da regularização. Finalizada a impermeabilização, aguardar no mínimo 7 dias para a secagem do produto, conforme a temperatura, ventilação e umidade relativa no local e comprovar a estanqueidade do sistema em toda área impermeabilizada no período mínimo de 3 dias.

4.5.1.3. Aplicação no Projeto e Referência com os Desenhos:

- igas Baldrame e Muros de Arrimo, se for o caso; áreas molhadas e molháveis (nos pisos dos banheiros, vestiários, lavanderia e cozinha e nas paredes das áreas de boxes até 1,20m de altura).

4.5.1.4. Normas Técnicas relacionadas

_ ABNT NBR 9574: *Execução de impermeabilização - Procedimento;*

_ ABNT NBR 9575: *Impermeabilização - Seleção e projeto;*

4.6. REVESTIMENTOS INTERNOS E EXTERNOS

Foram definidos para acabamento materiais padronizados, resistentes e de fácil aplicação. Antes da execução do revestimento, deve-se deixar transcorrer tempo suficiente para o assentamento da alvenaria (aproximadamente 7 dias) e constatar se as juntas estão completamente curadas. Em tempo de chuvas, o intervalo entre o térmico da alvenaria e o início do revestimento deve ser maior.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4.6.1. Paredes externas – Pintura Acrílica

4.6.1.1. Características e Dimensões do Material

As paredes externas receberão revestimento de pintura acrílica para fachadas sobre reboco desempenado fino e acabamento fosco, conforme projeto.

- Modelo de Referência: tinta acrílica *Suvinil* para fachada com acabamento fosco contra Microfissuras, ou equivalente. Para variações das cores consultar item 7.5. Escala de variações de cores.

Especificação de Cor	Cor
Azul França	
Amarelo Ouro	
Vermelho	
Cinza claro	

4.6.1.2. Sequência de execução:

Ressalta-se a importância de teste das tubulações hidrossanitárias, antes de iniciado qualquer serviço de revestimento. Após esses testes, recomenda-se o enchimento dos rasgos feitos durante a execução das instalações, a limpeza da alvenaria, a remoção de eventuais saliências de argamassa das justas. As áreas a serem pintadas devem estar perfeitamente secas, a fim de evitar a formação de bolhas.

O revestimento ideal deve ter três camadas: chapisco, emboço e reboco liso. Após esta etapa, deverá ser aplicado selador acrílico, como camada de preparo para o recebimento de pintura acrílica.

4.6.1.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Fachada - em todas as paredes de fechamento, exceto nos volumes que receberão revestimento cerâmico conforme especificação de projeto.

Barrado dos solários e varandas - Cor Cinza

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Volumes verticais dos solários e das varandas - Cor azul escuro
Paredes em geral - cor Branco Gelo
Pilares e paredes recuadas das fachadas laterais - Cor cinza

- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** – Planta Baixa
TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02- Cortes
TIPO2-ARQ-FCH-GER0-07-08_R02 – Fachadas

4.6.1.4. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 11702: *Tintas para construção civil – Tintas para edificações não industriais – Classificação;*

_ ABNT NBR 13245: *Tintas para construção civil - Execução de pinturas em edificações não industriais - Preparação de superfície.*

4.6.2. Paredes internas – Áreas Secas - Circulações e Pátio

4.6.2.1. Características e Dimensões do Material

Revestimento em cerâmica 10X10 cm, para áreas externas, nas cores amarela e branca, conforme aplicações descritas no item. 4.6.4.1.
- Comprimento 10cm x Largura 10cm.
- Modelo de Referência:
Marca: *Tecnogres*:
- Modelo: BR 10090; linha: 10x10 antipichação; cor amarelo, brilho;
- Modelo: BR 10010; linha: 10x10 antipichação; cor branco, brilho

4.6.2.2. Sequência de execução

O revestimento será assentado com argamassa industrial indicada para áreas externas, obedecendo rigorosamente a orientação do fabricante quanto à espessura das juntas, realizando o rejuntamento com rejunte epóxi, recomendado pelo fabricante.

4.6.2.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Barrado inferior - até a altura de 0,90m do piso – Cor Amarelo
- Uma fiada acima de 0,10m, até a altura de 1,00m – Cor Branco
Acima da última fiada, haverá pintura em tinta acrílica acetinada lavável sobre massa corrida acrílica cor Branco Gelo.
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa
TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02 - Cortes
TIPO2-ARQ-FCH-GER0-07-08_R02 - Fachadas

4.6.2.4. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 13755: *Revestimento de paredes externas e fachadas com placas cerâmicas e com utilização de argamassa colante - Procedimento;*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4.6.3. Paredes internas - Áreas Secas – Áreas Administrativas

As paredes internas das áreas administrativas, (ver indicações no projeto), receberão pintura em tinta acrílica acetinada lavável sobre massa corrida acrílica.

4.6.3.1. Caracterização e Dimensões dos Materiais:

Pintura acrílica:

- As paredes deverão ser pintadas, com tinta acrílica acetinada, cor: Marfim;
- Modelo de referência: Tinta *Suvinil* Acrílico cor Marfim, ou equivalente.

4.6.3.2. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Todas as paredes internas dos ambientes da área administrativa (administração, sala de professores, almoxarifado, depósitos).

- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa

TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02 – Cortes

4.6.3.3. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 11702: *Tintas para construção civil – Tintas para edificações não industriais – Classificação;*

_ ABNT NBR 13245: *Tintas para construção civil - Execução de pinturas em edificações não industriais - Preparação de superfície.*

4.6.4. Paredes internas - Áreas Secas – Áreas Pedagógicas

As paredes internas das áreas de salas de atividades, (ver indicações no projeto) devido a facilidade de limpeza e maior durabilidade, receberão pintura epóxi até a altura de 0,90m, sendo o acabamento superior um friso horizontal (roda meio) de 0,10m de largura em madeira, onde serão fixados os ganchos para as mochilas.

Acima do friso de madeira, haverá pintura em tinta acrílica acetinada lavável sobre massa corrida acrílica.

4.6.4.1. Caracterização e Dimensões dos Materiais:

Pintura epóxi:

- Revestimento em pintura epóxi nas cores especificadas abaixo, de acordo com indicação em projeto, do piso à altura de 0,90m.
- Modelo de Referência: Marca: Suvinil; Linha: Sistema Epóxi esmalte. Cores:

Especificação de Cor	Cor
Batida de pêssego – ref. B256 (laranja)	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Especificação de Cor	Cor
Verde Boemia – ref. B315 (verde)	

Faixa de madeira (10cm):

- Régua de madeira com espessura de 2cm, altura de 10cm, que será parafusada acima da pintura epóxi (do piso à altura de 0,90m), acabamento com pintura esmalte na cor branca.

- Modelo de referência: tábua de Ipê ou Cedro (escolher de acordo com disponibilidade de madeira da região).

Pintura acrílica:

- Acima da faixa de madeira (h=1,00m) as paredes deverão ser pintadas, com tinta acrílica acetinada, cor: Branco Gelo – da faixa de madeira ao teto.

- Modelo de referência: Tinta *Suvinil* Acrílico cor Branco Gelo, ou equivalente.

4.6.4.2. Aplicação no Projeto e Referencias com os Desenhos:

- Todas as paredes internas dos ambientes secos (salas de aula e sala multiuso).

- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa

TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02 - Cortes

4.6.5. Paredes internas – Áreas Molhadas

As áreas molhadas receberão revestimento cerâmico, por vezes do piso ao teto, por vezes até determinada altura, conforme especificação de projeto. Com a finalidade de diferenciar os banheiros uns dos outros, mantendo a mesma especificação de cerâmica para todos, as paredes receberão faixa de cerâmica 10x10cm nas cores vermelha (feminino) e azul (masculino), a 1,80m do piso, conforme especificação de projeto. Abaixo dessa faixa, será aplicada cerâmica 30x40cm, e acima dela, pintura com tinta acrílica, acabamento acetinado, sobre massa corrida acrílica, conforme esquema de cores definida no projeto.

4.6.5.1. Caracterização e Dimensões do Material:

Cerâmica (30x40cm):

Revestimento em cerâmica 30x40cm, branca.

- Comprimento 40cm x Largura 30cm.

- Modelo de Referência: Marca: *Eliane*; Linha: Forma Slim; Modelo: Branco AC 30 x 40 cm.

- Será utilizado rejuntamento epóxi cinza platina com especificação indicada pelo modelo referência.

Cerâmica (10x10cm):

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Revestimento em cerâmica 10x10cm, para áreas internas, nas cores azul escuro e vermelho com rejunte epóxi na cor cinza platina.

- Comprimento 10cm x Largura 10cm.
- Modelo de Referência:

Marca: *Tecnogres*:

1 - Modelo: BR 10110; linha: 10x10 antipichação; cor vermelho, brilho;

2 - Modelo: BR 10180; linha: 10x10 antipichação; cor azul escuro, brilho;

Pintura:

- As paredes (acima da faixa de cerâmica de 10x10cm até o teto) receberão revestimento de pintura acrílica sobre massa corrida acrílica, aplicada sobre o reboco desempenado fino, cor: Branco Gelo.

- Modelo de referência: Tinta *Suvinil* Acrílica, com acabamento acetinado, cor Branco Gelo, ou equivalente.

4.6.5.2. Sequência de execução:

As cerâmicas serão assentadas com argamassa industrial indicada para áreas internas, obedecendo rigorosamente a orientação do fabricante quanto à espessura das juntas. A última demão de tinta deverá ser feita após instalações das portas e divisórias quando da finalização dos ambientes.

4.6.5.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Bloco A - Áreas de Serviços (ver indicações em projeto) - Cerâmica branca 30x40 de piso a teto;

- Sanitários, sanitários acessíveis e vestiários (ver indicações de projeto) – Cerâmica branca 30x40 até 1,80m - uma (01) fiada cerâmica 10x10 acima de 1,80m - Cor Azul Escuro (masculino) e vermelho (feminino) - pintura acima de 1,90m;

- Bloco B - Sanitários Infantis unissex - Cerâmica branca 30x40 com altura variável - acima uma (01) fiada - cor vermelho – finalizando com pintura acrílica até o teto;

- Bloco B - Sanitários Infantis – Cerâmica branca 30x40 com altura variável – acima uma fiada - cor azul escuro (masculino) e vermelho (feminino) - finalizando com pintura acrílica até o teto.

- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02**- Planta Baixa

TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02- Cortes

TIPO2-ARQ-FCH-GER0-07-08_R02 – Fachadas

TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-19-22_R02 – Ampliações

TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-23-26_R02 – Ampliações

TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-27-35_R02 – Ampliações

4.6.6. Pórticos

4.6.6.1. Características e Dimensões do Material:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Revestimento de pintura acrílica aplicada sobre o reboco desempenado fino, cor: Vermelho.

- Modelo de referência: Tinta *Suvinil* Acrílica, com acabamento acetinado, cor Vermelho, ou equivalente.

4.6.6.2. Sequência de execução:

Ressalta-se a importância de teste das tubulações hidrossanitárias, antes de iniciado qualquer serviço de revestimento. Após esses testes, recomenda-se o enchimento dos rasgos feitos durante a execução das instalações, a limpeza da alvenaria, a remoção de eventuais saliências de argamassa das justas. As áreas a serem pintadas devem estar perfeitamente secas, a fim de evitar a formação de bolhas.

O revestimento ideal deve ter três camadas: chapisco, emboço e reboco liso. Após esta etapa, deverá ser aplicado selador acrílico, como camada de preparo para o recebimento de pintura.

4.6.6.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Pórtico de Entrada - Cor Vermelho
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa
  TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05-06_R02 - Cortes
  TIPO2-ARQ-FCH-GER0-07-08_R02 - Fachadas

4.6.7. Teto - forro de gesso

4.6.7.1. Características e Dimensões do Material:

Placas de gesso acartonado de medidas 1200 x 2400 mm ou 1200 x 1800 mm, conforme especificações do fabricante.

- Pintura PVA cor Branco Neve (acabamento fosco) sobre massa corrida PVA.

Os perfis de fixação do gesso são de aço galvanizado, protegidos com tratamento de zincagem mínimo Z275, em chapa de 0,50 mm de espessura.

4.6.7.2. Sequência de execução:

O forro acartonado é constituído por painéis de gesso acartonado, parafusados em perfilados metálicos e suspenso por pendurais reguladores.

Antes do início do serviço de execução dos forros, deve ser feita a cuidadosa análise do projeto arquitetônico e das instalações, verificando o posicionamento de elementos construtivos e instalações, evitando interferências futuras.

Para a execução do forro, primeiramente é necessário demarcar na parede as referências de nível e de alinhamento das placas em relação à cota de piso pronto. Posteriormente, os pontos de fixação no teto e/ou na estrutura auxiliar de perfis metálicos são definidos e demarcados, e se procede o nivelamento e fixação das placas. A fixação de pendurais na estrutura metálica é feita com o uso de prendedores ou solda.

Após a fixação das placas à estrutura, é feita a limpeza e o posterior rejunte dos bisotes entre placas, com pasta de gesso, lixando-o em seguida para reparar possíveis

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

imperfeições. Finalmente, deve ser verificado o nível e a regularidade da colocação do forro, com o auxilio de linhas esticadas nas duas direções.

4.6.7.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos:

As conexões com os elementos verticais de vedação, paredes, devem ser feitas com perfis de acabamento tipo tabicas metálicas.

4.6.7.4. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Forros de gesso, em todas as áreas molhadas, conforme indicação de projeto.

- Referências: **TIPO2-ARQ-FOR-GER0-10_R02** – Forro

4.6.7.5. Normas Técnicas relacionadas:

_ABNT NBR 15758-2, *Sistemas construtivos em chapas de gesso para drywall – Projeto e procedimentos executivos para montagem – Parte 2: Requisitos para sistemas usados como forros*;

4.6.8. Teto - Forro Mineral

4.6.8.1. Características e Dimensões do Material:

Forro modular em fibra mineral modelada com acabamento de superfície com tinta vinílica a base de látex já aplicado em fábrica. Fator de Propagação de Chama / Resistência ao Fogo - Classe A: Fator de Propagação de Chama: 25 ou inferior

- Placas de 625mm x 1250mm x 13mm.
- Modelo de Referência: *Armstrong*, Modelo: Encore;

4.6.8.2. Sequência de execução:

O sistema de forro modular é composto por placas de 625 x 1250 mm, apoiadas em um sistema de suspensão, composto por: perfis T principais, perfis T secundários, cantoneiras e tirantes. As placas devem ser instaladas segundo especificações na paginação do forro, (ver projeto arquitetônico).

Inicialmente deve ser determinada a altura de instalação do forro, marcando-se uma linha nivelada ao redor das três paredes e instalando-se uma tira de gesso na quarta parede. Esta altura deve prever pelo menos 75mm livres acima do forro, considerando-se o nível de dutos, tubulações e outros elementos, de maneira a permitir manobrar um painel acomodado na abertura da suspensão. Após a determinação do nível, instalar a cantoneira.

Em seguida, deve ser instalada a primeira seção dos perfis T principais. Os tirantes devem ser instaladas acima dos perfis T principais, geralmente a cada 1250mm no máximo. Em seguida, são instalados os perfis T secundários da beirada e após, os demais perfis T principais e os perfis T secundários.

Para a instalação das placas, incline-as ligeiramente, levantando-as por cima dos perfis metálicos e posicionando-as apoiadas no perfil T secundário e nas beiradas do perfil T

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

principal. As placas que necessitarem ser cortadas devem ser medidas e cortadas individualmente, com a face para cima usando um estilete bem afiado.

4.6.8.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos:

A iluminação e outros artefatos não devem ser apoiados nos perfis metálicos do forro nem nas placas, devendo ser fixado na estrutura metálica com tirantes próprios.

4.6.8.4. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- No forro de diversos ambiente da creche, conforme indicação em projeto.
- Referências: **TIPO2-ARQ-FOR-GER0-10_R02** - Forro

4.7. SISTEMAS DE PISOS INTERNOS E EXTERNOS

4.7.1. Piso Monolítico em cimentado liso

4.7.1.1. Caracterização e Dimensões do Material:

- Piso cimentado contínuo com 3 cm de espessura, com acabamento liso, cor cinza claro, com juntas plásticas niveladas;
- Placas de: 1,20m (comprimento) x 1,20m (largura) x 30mm (altura)

4.7.1.2. Sequência de execução:

Serão executados pisos cimentados com 3cm de espessura de cimento e areia, traço 1:3, acabamento liso na cor cinza, sobre piso de concreto com 7 cm de espessura. Os pisos levarão juntas de dilatação com perfis retos e alinhados, distanciadas a cada 1,20m. Deve ser previsto um traço ou a adição de aditivos ao cimentado que resultem em um acabamento liso e pouco poroso. Deve ser considerada declividade mínima de 0,5% em direção às canaletas ou pontos de escoamento de água.

Revestimento monolítico possui ótima resistência aos esforços leves e médios, garantindo maior durabilidade, higiene, segurança e acabamento estético.

Após a regularização deverá ser feito desempeno fino, ou alisamento superficial, que produz uma superfície densa, lisa e dura.

4.7.1.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos:

- Deverá ser feito apicoamento e lavagem da laje de contrapiso.

4.7.1.4. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Solários, Varandas e Pátio Coberto.
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02**- Planta Baixa
  TIPO2-ARQ-PGP-GER0-09_R02 - Paginação de piso

4.7.2. Piso Vinílico em manta

4.7.2.1. Caracterização e Dimensões do Material:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

- Piso Vinílico em manta, antiderrapante e com agente bacteriostático para a redução da proliferação de bactérias com capa de uso de PVC com 0,70mm, ou similar com mesmas características técnicas.
- Mantas de: 23,00m (comprimento) x 2,00m (largura) x 2mm (espessura).
- Modelo de Referência: Marca: *Tarkett*; Linha: Decode; Coleção: Colormatch.
- Cores: Cold Dark Grey - 25098045; Cold Grey - 25098043; Fresh Blue - 25098055 e Yellow – 25098064.

4.7.2.2. Sequência de execução:

As mantas serão aplicadas sobre contrapiso que deve estar seco e isento de qualquer umidade, perfeitamente curado, impermeabilizado, totalmente isento de vazamentos hidráulicos; limpo, firme: sem rachaduras, peças de cerâmica ou pedras soltas; o contrapiso deve também estar liso: sem depressões ou desníveis maiores que 1mm que não possam ser corrigidos com a massa de preparação;

O contrapiso deve receber massa de preparação para correção da aspereza da superfície e esta camada de massa, após secagem, deve ser lixada e o pó aspirado. O piso deve ser fixado com adesivo acrílico adequado, indicado pelo fabricante do piso.

4.7.2.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos:

A conexão entre a manta aplicada sobre o contrapiso e a parede deve ser feita utilizando-se a peça: Arremate de rodapé e suporte curvo, especificada pelo fabricante do piso.

Modelo de Referência:

Marca: *Tarkett*; Acessórios de PVC - Arremate de rodapé - 9360.

Marca: *Tarkett*; Acessórios de PVC – Suporte curvo - 9371802.

Alternativamente, poderá ser utilizado rodapé curvo em PVC flexível, na cor branca, de largura 5cm ou 7cm – 9364 ou 9365..

Modelo de Referência: Marca: *Dipiso*; Modelo: Rodapé Vinílico plano, altura 5cm ou 7cm – RN5 ou RN7 ou Modelo: Rodapé de aba curva, altura 5cm ou 7cm – RAC5 ou RAC7

Alternativamente, poderá ser utilizado ainda rodapé em madeira com pintura branca, de largura 5cm ou 7 cm.

4.7.2.4. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Áreas Internas das salas de atividades e Sala e Multiuso:
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02**- Planta Baixa

TIPO2-ARQ-PGP-GER0-09_R02 - Paginação de piso

4.7.2.5. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 7374, *Placa vinílica semiflexível para revestimento de pisos e paredes - Requisitos e métodos de ensaio*;

_ ABNT NBR 14851-1, *Revestimentos de pisos - Mantas (rolos) e placas de linóleo - Parte 1: Classificação e requisitos;*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

_ ABNT NBR 14851-2, *Revestimentos de pisos - Mantas (rolos) e placas de linóleo - Parte 2: Procedimento para aplicação e manutenção;*

_ ABNT NBR 14917-1, *Revestimentos resilientes para pisos — Manta (rolo) ou placa (régua) vinílica flexível homogênea ou heterogênea em PVC - Parte 1: Requisitos, características e classes.*

4.7.2.6. Substituições permitidas:

É permitida a alteração das dimensões da manta, largura e comprimento. Não é permitida a substituição do piso em manta por placas ou por qualquer outro tipo de piso.

4.7.3. Piso em Cerâmica 40x40 cm

4.7.3.1. Caracterização e Dimensões do Material:

- Pavimentação em piso cerâmico PEI-5;
- Peças de aproximadamente: 0,40m (comprimento) x 0,40m (largura);
- Modelos de Referência: Marca: *Eliane*; Coleção: *Cargo Plus White*, Cor: Branco (410mm x 410mm);

Marca: *Eliane*; Coleção: *Cargo Plus White*, Cor: Branco (450mm x 450mm);
Marca: *Eliane*; Coleção: *Cargo Plus Gray*, Cor: Cinza (450mm x 450mm);
Marca: *Incefra Técnica Alta Performance* - ref. PS30910 (415mm x415 mm).

4.7.3.2. Sequência de execução:

O piso será revestido em cerâmica 40cmx40cm branco gelo PEI-05, assentada com argamassa industrial adequada para o assentamento de cerâmica e espaçadores plásticos em cruz de dimensão indicada pelo modelo referência. Será utilizado rejuntamento epóxi cinza platina com dimensão indicada pelo modelo referência.

4.7.3.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos:

As pecas cerâmicas serão assentadas com argamassa industrial adequada para o assentamento de cerâmica, sobre contrapiso de concreto. O encontro com os fechamentos verticais revestidos com cerâmica. Será utilizado rodapé do mesmo material com altura de 10cm.

4.7.3.4. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Ambientes de Serviços, sanitários e vestiários, conforme especificação de projeto;
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02**- Planta Baixa

TIPO2-ARQ-PGP-GER0-09_R02 - Paginação de piso

4.7.3.5. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 9817, *Execução de piso com revestimento cerâmico – Procedimento*;

_ ABNT NBR 13816, *Placas cerâmicas para revestimento – Terminologia*;

_ ABNT NBR 13817, *Placas cerâmicas para revestimento – Classificação*;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

_ ABNT NBR 13818, *Placas cerâmicas para revestimento – Especificação e métodos de ensaios;*

4.7.4. Piso em Cerâmica 60x60 cm

4.7.4.1. Caracterização e Dimensões do Material:

- Pavimentação em piso cerâmico PEI-5;
- Peças de aproximadamente: 0,60m (comprimento) x 0,60m (largura)
- Modelos de Referência: Marca: Eliane; Coleção: Maxigres Cargo White, Cor: Branco, acabamento brilhante.(600mm x 600mm).

4.7.4.2. Sequência de execução:

O piso será revestido em cerâmica 60cmx60cm branco gelo PEI-05, assentada com argamassa industrial adequada para o assentamento de cerâmica e espaçadores plásticos em cruz de dimensão indicada pelo modelo referência. Será utilizado rejuntamento epóxi cinza platina com dimensão indicada pelo modelo referência.

4.7.4.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos:

As peças cerâmicas serão assentadas com argamassa industrial adequada para o assentamento de cerâmica, sobre contrapiso de concreto. O encontro com os fechamentos verticais revestidos com cerâmica. Será utilizado rodapé do mesmo material com altura de 10cm.

4.7.4.4. Aplicação no Projeto e Referencias com os Desenhos:

- Ambientes Administrativos, refeitório e circulações, conforme indicação de projeto;
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa

TIPO2-ARQ-PGP-GER0-09_R02 - Paginação de piso

4.7.4.5. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 9817, *Execução de piso com revestimento cerâmico – Procedimento*;

_ ABNT NBR 13816, *Placas cerâmicas para revestimento – Terminologia*;

_ ABNT NBR 13817, *Placas cerâmicas para revestimento – Classificação*;

_ ABNT NBR 13818, *Placas cerâmicas para revestimento – Especificação e métodos de ensaios;*

4.7.5. Soleira em granito

4.7.5.1. Caracterização e Dimensões do Material:

Trata-se de um material de alta resistência, com pequena porosidade, resistente à água, de fácil manuseio e adequação às medidas do local.

- Dimensões: L (comprimento variável) x 15cm (largura) x 20mm (altura) e, casos com dimensões específicas, conforme indicação em projeto.
- Modelo de Referência: Granito Cinza Andorinha.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4.7.5.2. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos:

As soleiras de granito devem estar niveladas com o piso mais elevado. A espessura usual do granito acabado é 2cm, portanto, uma das faces da soleira deve ser polida, pois ficará aparente quando encontrar com o piso que estiver assentado no nível inferior.

4.7.5.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Abaixo das portas; entre os ambientes onde há desnível de piso; entre ambientes onde há mudança da paginação de piso;

- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa

TIPO2-ARQ-PGP-GER0-09_R02 - Paginação de piso

4.7.5.4. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 15844 - *Rochas para revestimento - Requisitos para granitos*.

4.7.6. Piso em Concreto desempenado

4.7.6.1. Caracterização e Dimensões do Material:

- Pavimentação em cimento desempenado, com argamassa de cimento e areia; com 3cm de espessura e acabamento camurçado;
- Placas de: 1,20m (comprimento) x 1,20m (largura) x 3cm (altura)

4.7.6.2. Sequência de execução:

Serão executados pisos cimentados com 3cm de espessura de cimento e areia, traço 1:3, acabamento camurçado, sobre piso de concreto com 7 cm de espessura. Os pisos levarão juntas de dilatação com perfis retos e alinhados, distanciadas a cada 1,20m. Deve ser previsto um traço ou a adição de aditivos ao cimentado que resultem em um acabamento liso e pouco poroso. Deve ser considerada declividade mínima de 0,5% em direção às canaletas ou pontos de escoamento de água. A superfície final deve ser desempenada.

4.7.6.3. Aplicação no Projeto e Referencias com os Desenhos:

- Solários, calçadas externas e acesso ao bloco administrativo;
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa

TIPO2-ARQ-PGP-GER0-09_R02 - Paginação de piso

4.7.6.4. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 12255, *Execução e utilização de passeios públicos.*

4.7.7. Piso em Blocos Intertravados de Concreto

4.7.7.1. Caracterização e Dimensões do Material:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Blocos de concreto pré-fabricados, assentados sobre um colchão de areia, travados por meio de contenção lateral e atrito entre as peças. Permitem manutenção sem necessidade de quebrar o calçamento para a execução da obra.

Opção 1:

- Piso em blocos retangulares de concreto de 10x10x20 cm, cor natural;
- Dimensões: Largura: 10cm; Altura: 10cm; Comprimento: 20cm
- Modelo de Referência: *Multipaver* ® - RETANGULAR - MP0410

ou;

Opção 2:

- Piso em blocos 16 faces, de concreto de 9,2 cm, 4,5 cm, e 17,1 cm.
- Dimensões: Largura: 9,2 cm, Altura: 4,5 cm, e comprimento: 17,1 cm.
- Modelo de Referência: *Multipaver* ® - 16 FACES - MP1604

4.7.7.2. Sequência de execução:

Os blocos serão assentados sobre camada de areia, sem rejunte para permitir infiltração das águas.

4.7.7.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Estacionamento, carga e descarga, Pátio descoberto;
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa
  TIPO2-ARQ-PGP-GER0-09_R02 - Paginação de piso

4.7.7.4. Normas Técnicas relacionadas:

_ ABNT NBR 15805, *Placa de concreto para piso - Requisitos e métodos de ensaios;*
_ABNT NBR 9781, *Peças de concreto para pavimentação - Especificação.*

4.7.8. Piso em Areia Filtrada ou Grama Sintética

4.7.8.1. Caracterização e Dimensões do Material:

Opção 1: Areia

A areia possui características excelentes como piso amortecedor de impactos. A areia, areão ou outro material solto que se deforma e desloca com facilidade, amortece as quedas por deslocação, o que permite uma paragem mais suave do movimento do corpo.

Trata-se de um material que possui valor lúdico-pedagógico que deverá ser totalmente separado da área de segurança dos equipamentos.

- Piso em areia filtrada;
- Modelo de Referência: areia lavada grossa

ou;

Opção 2: Grama Sintética

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

- A grama sintética possui fios com altura de 12mm, 50mil pontos por m^2 é composta por 100% Polietileno. Trata-se de um material de fácil manutenção e limpeza, altamente indicado para *playground*, pois possui alta capacidade de amortecimento.

- Grama sintética de 12mm ou 20mm;
- Modelo de Referência: grama sintética 12mm - *Playgrama*.

4.7.8.2. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos:

A área do parquinho ou *playground* deverá ser demarcada com meio-fio de concreto pré-fabricado, que irá conter a areia filtrada depositada no local. Caso o Município opte pela grama sintética, além o meio-fio também ser necessário, deve-se pavimentar uma base (concreto, cerâmica ou pedra) para instalação das placas.

4.7.8.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Parquinho ou *Playground*;
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa
  TIPO2-ARQ-PGP-GER0-09_R02 - Paginação de piso

4.7.8.4. Normas Técnicas relacionadas:

_ABNT NBR 16071-3, *Playgrounds - Parte 3: Requisitos de segurança para pisos absorventes de impact;.*

_ABNT NBR 8810, *Revestimentos têxteis de piso - Determinação da resistência à abrasão.*

4.7.9. Piso Tátil – Direcional e de Alerta

4.7.9.1. Caracterização e Dimensões do Material:

Piso cromo diferenciado tátil de alerta / direcional, em borracha para áreas internas e pré-moldado em concreto para áreas externas, em cor contrastante com a do piso adjacente, por exemplo, em superfícies escuras (preta, marrom, cinza escuro, etc.). Recomenda-se a utilização do tipo Integrado (de borracha), para uso em áreas internas - inclusive molhadas e molháveis - e externas (cimentício).

- Piso Tátil Direcional/ Alerta em borracha Integrado (áreas internas)

Pisos em placas de borracha, assentamento com cola. Neste caso, não deve haver desnível com relação ao piso adjacente, exceto aquele existente no próprio relevo.

- Dimensões: placas de dimensões 250x250 , espessura 7mm,

Modelo de Referência: *Daud, Steel Rubber*; Cores: azul e amarelo;

Cola: P4000 – petrocola, AM13 – Amazonas, Cascola Extra, Cola sem odor 1430 – Una ou uniflex 1090-Una.

- Piso Tátil Direcional/ Alerta cimentício, tipo ladrilho hidráulico (áreas externas)

Pisos em placas cimentícias, de assentamento com argamassa, indicados para aplicação em áreas externas.

- Dimensões: placas de dimensões 250x250 , espessura 20mm,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

- Modelo de Referência: *Casa Franceza*; Cores: vermelha;

4.7.9.2. Sequência de execução:

Áreas internas: Depois de seco o contrapiso, sua superfície deverá ser varrida de forma a tirar todos os resíduos para receber uma nata pastosa (PVA) espalhada com desempenadeira lisa de aço. Esta nata é composta por cimento, cola PVA e água, após a cura deve-se lixar e limpar devendo ficar bemliso e isneto de poeiras, grachas e outros. Após este procedimento deverá ser aplicado um gabarito com fita crepe de 25mm, para orientar o campo de aplicação da cola. Aplicar a cola sobre o piso delimitado e no verso das placas, observando sempre a aplicação de uma camada uniforme. Espera a secagem, ou seja, somente após a completa evaporação do solvente as placas deverão ser assentadas.

É importante eliminar bolhas de ar que podem se formar sob as placas. A eliminação é completada com o uso de uma marreta de borracha do centro para fora da placa. espalhada uma nata pastosa (PVA) com desempenadeira lisa de aço. Esta nata pastosa é composta por cimento, cola PVA e água, após a cura deve-se lixar e limpar devendo ficar bem liso e isento de poeiras, graxas e outros.

Ao remover a fita crepe, observar se há excessos de cola, e proceder à limpeza no ato da instalação usando um pano umedecido com removedor.

Áreas externas: pisos em placas pré-moldadas de concreto ou argamassa: Assentamento diretamente no contra piso. Nivelar a superfície das placas com o piso adjacente (cimento desempenado).

4.7.9.3. Conexões e interfaces com os demais elementos construtivos:

Não deve haver desnível com relação ao piso adjacente, exceto aquele existente no próprio relevo (a cor azul não deve ser utilizada em áreas externas);

4.7.9.4. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

Na sinalização da circulação, indicando o caminho a ser percorrido, desde o hall de entrada até a porta de cada ambiente, conforme projeto arquitetônico e obedecendo aos critérios estabelecidos na ABNT NBR 9050;

- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa

TIPO2-ARQ-PGP-GER0-09_R02 - Paginação de piso

4.8. LOUÇAS, METAIS E COMPLEMENTOS

4.8.1. Louças

Visando facilitar a aquisição e futuras substituições das bacias sanitárias, das cubas e dos lavatórios, o projeto padrão adota todas as louças da escola na cor branca e com as seguintes sugestões, conforme modelos de referência abaixo.

4.8.1.1. Caracterização do Material:

Os modelos de referência estão indicados no anexo 7.2. - Tabela de Especificações de Louças e Metais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4.8.1.2. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa
TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-19-26_R02 - Ampliações
TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-27-35_R02 - Ampliações

4.8.2. Metais / Plásticos

Visando facilitar a aquisição e futuras substituições das torneiras, das válvulas de descarga e das cubas de inox, o projeto padrão sugere que todos os metais da escola sejam de marcas difundidas em todo território nacional, conforme modelos de referência abaixo.

Serão sugeridos neste Memorial apenas os itens de metais aparentes, todos os complementos (ex.: sifões, válvulas para ralo das cubas, acabamentos dos registros) deverão ser incluídos na planilha orçamentária, seguindo o padrão de qualidade das peças aqui especificadas.

4.8.2.1. Caracterização do Material:

Os modelos de referência estão indicados na tabela 7.2. - Tabela de Especificações de Louças e Metais.

4.8.2.2. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa
TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-19-26_R02 - Ampliações
TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-27-35_R02 - Ampliações

4.8.3. Bancadas, Prateleiras, Divisórias e Peitoris em Granito

4.8.3.1. Características e Dimensões do Material:

Granito cinza andorinha, acabamento polido.

- Dimensões variáveis, conforme projeto. Espessura: 20mm.
- Altura das Divisórias: Painéis de 1,20m nos sanitários infantis (vão com altura de 15cm do piso ao início do painel);
- A altura de instalação das bancadas varia (adultos e crianças). *Ver cada ambiente ampliado.
- As bancadas da triagem e lavagem, cozinha, lavandeira, lactário, fraldário e salas de aula deverão ser instaladas a 90cm do piso.
- Peitoris instalados nas esquadrias externas conforme detalhes de esquadrias.

4.8.3.2. Sequência de execução:

A fixação das bancadas de granito só poderá ser feita após a colagem das cubas (realizada pela marmoraria). Para a instalação das bancadas e prateleiras de granito, deve ser feito um rasgo no reboco, para o chumbamento dentro da parede.

Nas bancadas, haverá ½ parede de tijolos (espessura 10cm) para apoio das bancadas e fixação com mão francesa metálica, se especificado em projeto. As prateleiras receberão apoio em mão francesa metálica, conforme especificação e detalhamento em projeto.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4.8.3.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Triagem e lavagem, Cozinha, Lavanderia, Lactário, Higienização, Salas de aula;
- Sanitários: Creche I, Creche II, Multiuso, Administração e Serviços.
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa
  TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-19-26_R02 - Ampliações
  TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-27-35_R02 - Ampliações

4.8.4. Escaninhos e Prateleiras em MDF revestido

4.8.4.1. Características e Dimensões do Material:

MDF de espessura mínima de 2cm, revestido com laminado melamínico, cor branca, acabamento fosco.

- Dimensões variáveis, conforme projeto.
- Espessura do MDF: 20mm.

4.8.4.2. Sequência de execução:

A fixação das prateleiras e peças dos escaninhos em MDF deverá ser feita com parafusos e buchas de fixação, e/ou mãos francesas metálicas.

4.8.4.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Rouparia, Multiuso, Creche I, II e Creche III;
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa
  TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-19-26_R02 - Ampliações
  TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-27-35_R02 - Ampliações

4.8.5. Castelo d'água

O projeto padrão de Instalações Hidráulicas fornecido pelo FNDE contempla o Castelo D'Água com capacidade para 15 mil litros de água. Trata-se de uma estrutura metálica cilíndrica, confeccionada em aço carbono, sendo pintura externa em esmalte sintético (cor AMARELO OURO) e pintura interna em epóxi com certificado de potabilidade.

O Município poderá optar pelo modelo de Castelo D'Água composto por anéis de concreto pré-fabricado, respeitando as dimensões fornecidas no projeto do castelo d'água metálico.

4.8.5.1. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Referências: **TIPO2-HAG-DET-GER0-08_R02**- Detalhes - Castelo D'Água

4.8.6. Mastros para Bandeira

4.8.6.1. Características e Dimensões do Material:

Conjunto com 3 mastros para sustentação de bandeiras em ferro galvanizado, cor natural, medidas conforme especificação em projeto. Para sua fixação deve ser executada base em concreto.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

4.8.6.2. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Área frontal externa.
- Referências: **TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02** - Planta Baixa
  TIPO2-ARQ-PCD-GER0-16_R02-Detalhamento Mastros para Bandeiras e Rampa

4.9. PAISAGISMO E ÁREAS EXTERNAS

O presente projeto apresenta uma sugestão de paisagismo, que poderá ser implantada nos terrenos padronizados. Caso o ente requerente dispuser de terreno com área superior ao padrão adotado pelo FNDE, o excedente deste paisagismo deverá ser custeado pelo próprio requerente. Caso o ente requerente desenvolva projeto próprio de paisagismo, sua execução ficará a cargo do mesmo, estando o FNDE isento de financiá-lo.

Cabe lembrar que o projeto de paisagismo e paginação de piso externo exerce influência nos acessos à escola e consequentemente no projeto do muro/ portões.

4.9.1. Forração de Grama

4.9.1.1. Características e Dimensões do Material:

Planta herbácea de 10-20 cm de altura. A forração escolhida deverá apresentar folhas densas e pilosas. A densidade deverá proporcionar a formação de tapete verde uniforme e ornamental. A forração deverá ser adquirida na forma de rolos, pois esse formato proporciona maior resistência no momento do transporte e maior facilidade de manuseio e plantio.

- tapetes enrolados (rolinhos) medindo 40cm de largura por 125cm de comprimento.
- Modelo de Referência: grama Esmeralda ou Batatais

4.9.1.2. Sequência de execução:

Deverá ser executado o preparo do solo, com a limpeza do terreno, removendo-se todos os obstáculos que possam atrapalhar o plantio como: ervas daninhas, entulhos etc. O solo deverá receber adubação. Posicionar vários rolinhos de grama ao longo da área de plantio; um ao lado do outro. Para facilitar a instalação devera ser utilizada linha de nylon ou barbante como guia, proporcionando o alinhamento dos tapetes de grama. Os tapetes quebrados ou recortes deverão preencher as áreas de cantos e encontros, na fase de acabamento do plantio. As fissuras entre os tapetes de grama devem ser rejuntadas com terra de boa qualidade, e toda a forração deve ser irrigada por aproximadamente um mês.

4.9.1.3. Aplicação no Projeto e Referências com os Desenhos:

- Áreas descobertas e jardins, conforme indicação de projeto.
- Referências: **TIPO2-ARQ-PGP-GER0-09_R02** - Paginação de Piso
  TIPO2-ARQ-IMP-GER0-01_R02 - Implantação

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

5. HIDRÁULICA

5.1. INSTALAÇÕES DE ÁGUA FRIA

Para o cálculo da demanda de consumo de água do Projeto Padrão Creche Tipo 2 foram consideradas as populações equivalentes ao número de usuários previstos para o estabelecimento. A demanda calculada para a capacidade do reservatório foi de 94 alunos e 25 funcionários, totalizando 119 pessoas, considerando um consumo de 50 litros/dia/pessoa e reserva para dois dias.

Por se tratar de um projeto padrão desenvolvido para atender todo o território brasileiro este projeto deverá ser submetido para aprovação junto à concessionária ou outro órgão competente, visando obter informações sobre as características da oferta de água no local da instalação objeto do projeto, inquirindo em particular sobre eventuais limitações nas vazões disponíveis, regime de variação de pressões, características da água, constância de abastecimento e outras questões relevantes.

Referência: **TIPO2-HAG-PLD-GER0-01-08_R02**

5.1.1. Sistema de Abastecimento

Para o abastecimento de água potável dos estabelecimentos de ensino, foi considerado um sistema indireto, ou seja, a água proveniente da rede pública não segue diretamente aos pontos de consumo, ficando armazenada em reservatório, que têm por finalidade principal garantir o suprimento de água da edificação em caso de interrupção do abastecimento pela concessionária local de água e uniformizar a pressão nos pontos e tubulações da rede predial. A reserva que foi estipulada é equivalente a dois consumos diários da edificação.

A água da concessionária local, após passar pelo hidrômetro da edificação, abastecerá diretamente o reservatório do castelo d'água. A água, a partir do reservatório, segue pela coluna de distribuição predial para os blocos da edificação, como consta nos desenhos do projeto.

5.1.2. Ramal Predial

Os hidrômetros deverão ser instalados em local adequado, a 1,50m, no máximo, da testada do imóvel e devem ficar abrigados em caixa ou nicho, de alvenaria ou concreto. O hidrômetro terá dimensões e padrões conforme dimensionamento da concessionária local de água e esgoto.

A partir do hidrômetro, haverá uma tubulação de 20mm, em PVC Rígido, para abastecer o reservatório do castelo d'água. Deve haver livre acesso do pessoal do Serviço de Águas ao local do hidrômetro de consumo.

5.1.3. Reservatório

O castelo d'água em estrutura metálica tipo cilindro pré-fabricado terá capacidade total de 15.000 litros sendo divididos em 10.000 litros para consumo e 5.000 litros para reserva de incêndio.

A casa de máquinas, localizada abaixo do reservatório inferior, é destinada a instalação dos conjuntos motor-bomba para o sistema de incêndio.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Referência: **TIPO2-HAG-DET-RES0-08_R02**

5.1.4. Materiais e Processo Executivo

Generalidades

A execução dos serviços deverá obedecer:

- às prescrições contidas nas normas da ABNT, específicas para cada instalação;
- às disposições constantes de atos legais;
- às especificações e detalhes dos projetos; e
- às recomendações e prescrições do fabricante para os diversos materiais.

Tubulações Embutidas

Para a instalação de tubulações embutidas em paredes de alvenaria, os tijolos deverão ser recortados cuidadosamente com talhadeira, conforme marcação prévia dos limites de corte.

As tubulações embutidas em paredes de alvenaria serão fixadas pelo enchimento do vazio restante nos rasgos com argamassa de cimento e areia. Quando necessário, as tubulações, além do referido enchimento, levarão grapas de ferro redondo, em número e espaçamento adequados, para manter inalterada a posição do tubo.

Não se permitirá a concretagem de tubulações dentro de coluna, pilares ou outros elementos estruturais.

As passagens previstas para as tubulações, através de elementos estruturais, deverão ser executadas antes da concretagem, conforme indicação das posições das tubulações previstas no projeto.

Tubulações Aéreas

Todas as tubulações aparentes deverão ser pintadas e sustentadas por abraçadeiras galvanizadas com espaçamento adequado ao diâmetro, de modo a impedir a formação de flechas. Deverão ser utilizadas as cores previstas em norma.

Todas as linhas verticais deverão estar no prumo e as horizontais correrão paralelas às paredes dos prédios, devendo estar alinhadas.

Na medida do possível, deverão ser evitadas tubulações sobre equipamentos elétricos.

As travessias de tubos em paredes deverão ser feitas, de preferência, perpendicularmente a elas.

Tubulações Enterradas

Todos os tubos serão assentados de acordo com alinhamento, elevação e com a mínima cobertura possível, conforme indicado no projeto.

A tubulação poderá ser assentada sobre embasamento contínuo (berço), constituído por camada de concreto simples.

As canalizações de água fria não poderão passar dentro de fossas, sumidouros, caixas de inspeção e nem ser assentadas em valetas de canalização de esgoto.

Reaterro da vala deverá ser feito com material de boa qualidade, isento de entulhos e pedras, em camadas sucessivas e compactadas conforme as especificações do projeto.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Materiais

Toda tubulação das colunas, ramais e distribuição da água fria será executada com tubos de PVC, pressão de serviço 7,5 Kgf/cm², soldáveis, de acordo com a ABNT;

Os materiais ou equipamentos que não atenderem às condições exigidas serão rejeitados.

Os tubos de PVC, aço e cobre deverão ser estocados em prateleiras, separados por diâmetro e tipos característicos, sustentados por tantos apoios quantos forem necessários para evitar deformações causadas pelo próprio peso. O local de armazenagem precisa ser plano, bem nivelado e protegido do sol.

Deverão ser tomados cuidados especiais quando os materiais forem empilhados, verificando se o material que ficar embaixo suportará o peso colocado sobre ele.

Meios de Ligação

Tubulações Rosqueadas

O corte da tubulação deverá ser feito em seção reta, por meio de serra própria para corte de tubos.

As porções rosqueadas deverão apresentar filetes bem limpos que se ajustarão perfeitamente às conexões, de maneira a garantir perfeita estanqueidade das juntas.

As roscas dos tubos deverão ser abertas com tarraxas apropriadas, prevendo-se o acréscimo do comprimento na rosca que ficará dentro das conexões, válvulas ou equipamento.

As juntas rosqueadas de tubos e conexões deverão ser vedadas com fita ou material apropriado.

Os apertos das roscas deverão ser feito com chaves adequadas, sem interrupção e sem retornar, para garantir a vedação das juntas.

Testes em Tubulação

Antes do recobrimento das tubulações embutidas e enterradas, serão executados testes visando detectar eventuais vazamentos.

Esta prova será feita com água sob pressão 50% superior à pressão estática máxima na instalação, não devendo descer em ponto algum da canalização, a menos de 1Kg/cm². A duração de prova será de 6 horas, pelo menos. A pressão será transmitida por bomba apropriada e medida por manômetro instalado ao sistema. Neste teste será também verificado o correto funcionamento dos registros e válvulas.

Após a conclusão das obras e instalação de todos os aparelhos sanitários, a instalação será posta em carga e o funcionamento de todos os componentes do sistema deverá ser verificado.

Limpeza e desinfecção

A limpeza consiste na remoção de materiais e substâncias eventualmente remanescentes nas diversas partes da instalação predial de água fria e na subsequente lavagem através do escoamento de água potável pela instalação. Para os procedimentos de

limpeza e desinfecção verificar as recomendações preconizadas na NBR 5626 – *Instalação predial de água fria*.

Disposições construtivas

As canalizações deverão ser assentes em terreno resistente ou sobre embasamento adequado, com recobrimento. Onde não seja possível ou onde a canalização esteja sujeita a fortes compressões ou choques, ou ainda, nos trechos situados em área edificada, deverá a canalização ter proteção adequada ou ser executada em tubos reforçados.

Em torno da canalização, nos alicerces, estrutura e ou em paredes por ela atravessadas, deverá haver necessária folga para que a tubulação possa passar e não sofrer influência de deformações ocorridas na edificação.

As canalizações de distribuição de água nunca serão inteiramente horizontais, devendo apresentar declividade mínima de 2% no sentido do escoamento. As declividades indicadas no projeto deverão ser consideradas como mínimas, devendo ser procedida uma verificação geral dos níveis, até a rede urbana, antes da instalação dos coletores.

Durante a construção e a montagem dos aparelhos, as extremidades livres das canalizações serão protegidas com plugues, caps ou outro tipo de proteção, não sendo admitido, para tal fim, o uso de buchas de madeira ou papel.

Use as conexões corretas para cada ponto. Para cada desvio ou ajuste, utilize as conexões adequadas para evitar os esforções na tubulação, e nunca abuse da relativa flexibilidade dos tubos. A tubulação em estado de tensão permanente pode provocar trincas, principalmente na parede das bolsas.

Todas as alterações processadas no decorrer da obra serão objeto de registro para permitir a apresentação do cadastro completo por ocasião do recebimento da instalação. Após o término da execução, serão atualizados todos os desenhos do respectivo projeto, o que permitirá a representação do serviço “como construído” e servirá de cadastro para a operação e manutenção dessa mesma instalação.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Altura dos Pontos Hidráulicos

Abaixo segue tabela para orientação quanto às alturas que deverão ser instalados os pontos de abastecimento de água fria nos ambientes.

Sigla	Item	INFANTIL	ADULTO	Diâmetro
		Altura (cm)	Altura (cm)	
BB	Bebedouro comum		60	25mm - 1/2"
BB	Bebedouro industrial	-	90	25mm - 1/2"
BN	Banheira	150	-	25mm - 1/2"
CH	Chuveiro comum	200	220	25mm - 1/2"
CH	Chuveiro PCD	220	220	25mm - 1/2"
DH	Ducha higiênica	25	30	25mm - 1/2"
DH	Ducha PCD	40	50	25mm - 1/2"
LV	Lavatórios	40	60	25mm - 1/2"
LV	Lavatórios PCD	60	60	25mm - 1/2"
MLL	Maquina de lavar louça	-	60	25mm - 3/4"
MLR	Maquina de lavar roupa	-	90	25mm - 3/4"
PIA	Pias cozinha e solários	40	60	25mm - 3/4"
PR	Purificador	90	110	25mm - 1/2"
RP	Registro de pressão - chuveiro comum	65	110	25mm - 3/4"
RP	Registro de pressão - chuveiro PCD	100	100	25mm - 3/4"
RG	Registro de gaveta com canopla cromada		180	
TQ	Tanque	-	105	25mm - 3/4"
TE	Torneira elétrica fraldário	150	-	25mm - 1/2"
VD	Válvula de descarga	80	110	50mm -1 1/2"
VD	Válvula de descarga PCD	100	100	50mm -1 1/2"
VS	Vaso sanitário	25	30	50mm - 1 1/2"
VS	Vaso sanitário - PCD	35	30	50mm -1 1/2"
VS	Vaso sanitário com caixa acoplada		25	25mm - 3/4"
TP	Torneira de parede	-	110	25mm - 3/4"
TJ	Torneira de jardim	30	30	25mm - 1/2"

5.1.5. Normas Técnicas relacionadas

_ABNT NBR 5626, *Instalação predial de água fria*;

_ABNT NBR 5680, *Dimensões de tubos de PVC rígido*;

_ABNT NBR 5683*, Tubos de PVC – Verificação da resistência à pressão hidrostática interna;*

_ABNT NBR 10281, *Torneira de pressão – Requisitos e métodos de ensaio;*

_ABNT NBR 11535, *Misturadores para pia de cozinha tipo mesa – Especificação;*

_ABNT NBR 11778, *Aparelhos sanitários de material plástico – Especificação;*

_ABNT NBR 11815, *Misturadores para pia de cozinha tipo parede – Especificação;*

_ABNT NBR 13713, *Instalações hidráulicas prediais – Aparelhos automáticos acionados mecanicamente e com ciclo de fechamento automático – Requisitos e métodos de ensaio;*

_ABNT NBR 14011, *Aquecedores instantâneos de água e torneiras elétricas – Requisitos;*

_ABNT NBR 14121, *Ramal predial – Registros tipo macho em ligas de cobre – Requisitos;*

_ABNT NBR 14162, *Aparelhos sanitários – Sifão – Requisitos e métodos de ensaio;*

_ABNT NBR 14877, *Ducha Higiênica – Requisitos e métodos de ensaio;*

_ABNT NBR 14878, *Ligações flexíveis para aparelhos hidráulicos sanitários – Requisitos e métodos de ensaio;*

_ABNT NBR 15097-1, *Aparelhos sanitários de material cerâmico – Parte 1: Requisitos e métodos de ensaios;*

_ABNT NBR 15097-2, *Aparelhos sanitários de material cerâmico – Parte 2: Procedimentos para instalação;*

_ABNT NBR 15206, *Instalações hidráulicas prediais – Chuveiros ou duchas – Requisitos e métodos de ensaio;*

_ABNT NBR 15423*, Válvulas de escoamento – Requisitos e métodos de ensaio;*

_ABNT NBR 15704-1, *Registro – Requisitos e métodos de ensaio – Parte 1: Registros de pressão;*

_ABNT NBR 15705, *Instalações hidráulicas prediais – Registro de gaveta – Requisitos e métodos de ensaio;*

_ABNT NBR 15857, *Válvula de descarga para limpeza de bacias sanitárias – Requisitos e métodos de ensaio;*

_Normas Regulamentadoras do Capítulo V - Título II, da CLT, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho:

NR 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho;

DMAE - Código de Instalações Hidráulicas;

EB-368/72 - Torneiras;

NB-337/83 - Locais e Instalações Sanitárias Modulares.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

5.2. INSTALAÇÕES DE ÁGUAS PLUVIAIS

A captação das águas pluviais foi definida de duas formas: através das calhas de cobertura e das calhas de piso.

As águas de escoamento superficial serão coletadas por caixas de ralo, distribuídas pelo terreno conforme indicação do projeto. Dessas caixas sairão condutores horizontais que as interligam com as caixas de inspeção.

O projeto de drenagem de águas pluviais compreende:

- Calhas de cobertura: para a coleta das águas pluviais provenientes de parte interna da cobertura dos blocos e pátio;
- Condutores verticais (AP): para escoamento das águas das calhas de cobertura até as caixas de inspeção ou calhas de piso situadas no terreno;
- Ralos hemisféricos (RH): ralo tipo abacaxi nas junções entre calhas de cobertura e condutores verticais para impedir a passagem de detritos para a rede de águas pluviais;
- Caixa de inspeção (CI): para inspeção da rede, com dimensões de 60x60cm, profundidade conforme indicado em projeto, com tampa de ferro fundido 60x60cm tipo leve, removível;
- Ramais horizontais: tubulações que interligam as caixas de inspeção e poços de visita, escoando águas provenientes dos condutores verticais e águas superficiais provenientes das áreas gramadas.
- Referências: **TIPO2-HAP-PLD-GER0-01-03_R02**

5.2.1. Materiais e Processo Executivo

Generalidades

A execução dos serviços deverá obedecer:

- às prescrições contidas nas normas da ABNT, específicas para cada instalação;
- às disposições constantes de atos legais;
- às especificações e detalhes dos projetos; e
- às recomendações e prescrições do fabricante para os diversos materiais.

Materiais

As calhas serão confeccionadas com chapas de aço galvanizado, já os condutores verticais e horizontais serão confeccionados em PVC rígido.

Os tubos de PVC deverão ser estocados em prateleiras, separados por diâmetro e tipos característicos, sustentados por tantos apoios quantos forem necessários para evitar deformações causadas pelo próprio peso. O local de armazenagem precisa ser plano, bem nivelado e protegido do sol.

Deverão ser tomados cuidados especiais quando os materiais forem empilhados, verificando se o material que ficar embaixo suportará o peso colocado sobre ele.

Para maiores informações referente ao desenvolvimento e tipo de chapa a ser empregada nas calhas e rufos, verificar o item 4.5. Coberturas.

Calhas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

As calhas devem, sempre que possível, ser fixadas centralmente sob a extremidade da cobertura e o mais próximo dela. As calhas não poderão ter profundidade menor que a metade da sua largura maior.

As calhas, por serem metálicas, deverão ser providas de juntas de dilatação e protegidas devidamente com uma demão de tinta antiferruginosa.

As declividades deverão ser uniformes e nunca inferiores a 0,5%, ou seja, 5 mm/m.

Condutores Horizontais e Verticais

Os condutores verticais serão alojados dentro de shafts projetados para recebê-los. Serão em tubos de PVC e de diâmetros de 100 mm e de 150 mm conforme o caso.

Os condutores horizontais serão do tipo aéreo. No terraço serão fixados na laje sob o piso elevado e laje sobre o forro de gesso. Já os condutores no térreo serão enterrados.

Tubulações Aéreas

Todas as tubulações aparentes deverão ser pintadas e sustentadas por abraçadeiras galvanizadas com espaçamento adequado ao diâmetro, de modo a impedir a formação de flechas. Deverão ser utilizadas as cores previstas em norma.

Todas as linhas verticais deverão estar no prumo e as horizontais correrão paralelas ao teto e/ou piso, devendo estar alinhadas.

As travessias de tubos em paredes deverão ser feitas, de preferência, perpendicularmente a elas.

As passagens previstas para as tubulações, através de elementos estruturais, deverão ser executadas antes da concretagem, conforme indicação das posições das tubulações previstas no projeto.

Tubulações Enterradas

Todos os tubos serão assentados de acordo com alinhamento, elevação e com a mínima cobertura possível, conforme indicado no projeto.

A tubulação poderá ser assentada sobre embasamento contínuo (berço), constituído por camada de concreto simples.

Reaterro da vala deverá ser feito com material de boa qualidade, isento de entulhos e pedras, em camadas sucessivas e compactadas conforme as especificações do projeto.

Disposições construtivas

A instalação predial de água pluvial se destina exclusivamente ao recolhimento e condução da água de chuva, não se admitindo quaisquer interligações com outras instalações prediais. Quando houver risco de penetração de gases, deve ser previsto dispositivo de proteção contra o acesso deles ao interior da instalação.

As canalizações deverão ser assentes em terreno resistente ou sobre embasamento adequado, com recobrimento. Onde não seja possível ou onde a canalização esteja sujeita a fortes compressões ou choques, ou ainda, nos trechos situados em área edificada, deverá a canalização ter proteção adequada ou ser executada em tubos reforçados.

Em torno da canalização, nos alicerces, estrutura e ou em paredes por ela atravessadas, deverá haver necessária folga para que a tubulação possa passar e não sofrer influência de deformações ocorridas na edificação.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Para cada desvio ou ajuste, utilize as conexões adequadas para evitar os esforções na tubulação, e nunca abuse da relativa flexibilidade dos tubos. A tubulação em estado de tensão permanente pode provocar trincas, principalmente na parede das bolsas.

Todas as alterações processadas no decorrer da obra serão objeto de registro para permitir a apresentação do cadastro completo por ocasião do recebimento da instalação. Após o término da execução, serão atualizados todos os desenhos do respectivo projeto, o que permitirá a representação do serviço “como construído” e servirá de cadastro para a operação e manutenção dessa mesma instalação.

As declividades indicadas no projeto serão consideradas como mínimas, devendo ser procedida uma verificação geral dos níveis até a rede urbana, antes da instalação dos coletores.

Os tubos, de modo geral, serão assentados com a bolsa voltada no sentido oposto ao do escoamento.

As caixas de areia serão de alvenaria de tijolos revestidas com argamassa de cimento e areia no traço 1:3 com tampão de ferro fundido ou grelha de ferro fundido.

Todas as tubulações aparentes serão pintadas nas cores convencionais exigidas pela ABNT;

5.2.2. Normas Técnicas Relacionadas

_ABNT NBR 5680: *Dimensões de tubos de PVC rígido;*

_ABNT NBR 5687*: Tubos de PVC - Verificação da estabilidade dimensional;*

_ABNT NBR 6493: *Emprego de cores para identificação de tubulações;*

_ABNT NBR 7173: *Tubos de PVC - Verificação do desempenho de junta soldável;*

_ABNT NBR 7372: *Execução de tubulações de pressão - PVC rígido com junta soldada, rosqueada, ou com anéis de borracha;*

_ABNT NBR 10844: *Instalações prediais de águas pluviais – Procedimento.*

5.3. INSTALAÇÕES DE ESGOTO SANITÁRIO

A instalação predial de esgoto sanitário foi baseada segundo o Sistema Dual que consiste na separação dos esgotos primários e secundários através de um desconector, conforme ABNT NBR 8160 – *Sistemas prediais de esgoto sanitário – Projeto e execução*.

As caixas de inspeções deverão ser localizadas nas áreas externas dos blocos e fora das projeções dos solários e pátios. No projeto foi previsto uma caixa de gordura especial para receber os efluentes provenientes das pias da cozinha e lactário. Todos os tubos e conexões da rede de esgoto deverão ser em PVC rígido.

A destinação final do sistema de esgoto sanitário deverá ser feita em rede pública de coleta de esgoto sanitário, quando não houver disponível, adotar a solução individual de destinação de esgotos sanitários.

O sistema predial de esgotos sanitários consiste num conjunto de aparelhos, tubulações, acessórios e desconectores e é dividido em dois subsistemas:

- Referências: **TIPO2-HEG-PLD-GER0-01-05_R02**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

5.3.1. Subsistema de Coleta e Transporte

Todos os trechos horizontais previstos no sistema de coleta e transporte de esgoto sanitário devem possibilitar o escoamento dos efluentes por gravidade, através de uma declividade constante. Recomendam-se as seguintes declividades mínimas:

- 2,0% para tubulações com diâmetro nominal igual ou inferior a 75 mm;
- 1% para tubulações com diâmetro nominal igual ou superior a 100 mm.

As mudanças de direção nos trechos horizontais devem ser feitas com peças com ângulo central igual ou inferior a 45º. As mudanças de direção – horizontal para vertical e vice-versa- podem ser executadas com pelas com ângulo central igual ou inferior a 90º.

Os tubos de queda serão instalados em um único alinhamento e localizados nos shafts destinados para tal fim, conforme orientação em projeto.

As caixas de gorduras serão instaladas para receber os efluentes das pias da cozinha, dos solários e do lactário. Estas serão em concreto com diâmetro de 30 ou 50 cm, conforme o caso, e deverão ser perfeitamente impermeabilizadas, providas de dispositivos adequados para inspeção, possuir tampa hermética em ferro fundido e devidamente ventiladas.

As caixas de inspeção serão confeccionadas em alvenaria com dimensões de 80 x 80cm, estas receberão os dejetos provenientes dos tubos de queda e dos ramais de esgoto. Estas deverão possuir abertura suficiente para permitir as desobstruções com a utilização de equipamentos mecânicos de limpeza e tampa hermética em ferro fundido removível.

5.3.2. Subsistema de Ventilação

Todas as colunas de ventilação devem possuir terminais de ventilação instalados em suas extremidades superiores e estes devem estar a 30cm acima do nível do telhado. As extremidades abertas de todas as colunas de ventilação devem ser providas de terminais tipo chaminé, que impeçam a entrada de águas pluviais diretamente aos tubos de ventilação.

5.3.3. Materiais e Processo Executivo

Generalidades

A execução dos serviços deverá obedecer:

- às prescrições contidas nas normas da ABNT, específicas para cada instalação;
- às disposições constantes de atos legais;
- às especificações e detalhes dos projetos; e
- às recomendações e prescrições do fabricante para os diversos materiais.

Tubulações Embutidas

Para a instalação de tubulações embutidas em paredes de alvenaria, os tijolos deverão ser recortados cuidadosamente com talhadeira, conforme marcação prévia dos limites de corte.

As tubulações embutidas em paredes de alvenaria serão fixadas pelo enchimento do vazio restante nos rasgos com argamassa de cimento e areia. Quando necessário, as

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

tubulações, além do referido enchimento, levarão grapas de ferro redondo, em número e espaçamento adequados, para manter inalterada a posição do tubo.

Não se permitirá a concretagem de tubulações dentro de coluna, pilares ou outros elementos estruturais.

As passagens previstas para as tubulações, através de elementos estruturais, deverão ser executadas antes da concretagem, conforme indicação das posições das tubulações previstas no projeto.

Tubulações Aéreas

Todas as tubulações aparentes deverão ser pintadas e sustentadas por abraçadeiras galvanizadas com espaçamento adequado ao diâmetro, de modo a impedir a formação de flechas. Deverão ser utilizadas as cores previstas em norma.

As travessias de tubos em paredes deverão ser feitas, de preferência, perpendicularmente a elas.

Tubulações Enterradas

Todos os tubos serão assentados de acordo com alinhamento, elevação e com a mínima cobertura possível, conforme indicado no projeto.

A tubulação poderá ser assentada sobre embasamento contínuo (berço), constituído por camada de concreto simples.

Reaterro da vala deverá ser feito com material de boa qualidade, isento de entulhos e pedras, em camadas sucessivas e compactadas conforme as especificações do projeto.

Materiais

Os tubos de PVC, aço e cobre deverão ser estocados em prateleiras, separados por diâmetro e tipos característicos, sustentados por tantos apoios quantos forem necessários para evitar deformações causadas pelo próprio peso. O local de armazenagem precisa ser plano, bem nivelado e protegido do sol. As tampas dos ralos serão em aço inox.

Deverão ser tomados cuidados especiais quando os materiais forem empilhados, verificando se o material que ficar embaixo suportará o peso colocado sobre ele.

Meios de Ligação

Tubulações Soldáveis

Serão utilizados tubos e conexões de PVC soldáveis conforme indicado no projeto.

Quando se usar tubos e conexões de PVC, a vedação das roscas deverá ser feita por meio de vedantes adequados tais como: fita teflon, solução de borracha ou equivalente.

Para execução das juntas soldadas, a extremidade do tubo deve ser cortada de modo a permitir seu alojamento completo dentro da conexão. As superfícies dos tubos e das conexões a serem unidas devem ser lixadas com lima fina e limpas com solução limpadora recomendada pelo fabricante. Introduzir o anel de borracha no sulco da bolsa do tubo. Ambas as superfícies devem receber uma película fina de adesivo plástico e, por fim, introduzir a ponta do tubo até o fundo do anel e depois recuar aproximadamente 1 cm.

É inteiramente vedada a abertura de bolsa nos tubos soldáveis. Utilize, nesse caso, uma luva para ligação dos tubos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Testes em Tubulação

Todo o sistema de esgoto sanitário, incluindo o sistema de ventilação deverá ser inspecionado e ensaiado antes de entrar em funcionamento. Após concluída a execução, e antes dos ensaios, deve ser verificado se o sistema se encontra adequadamente fixado e se existe algum material estranho no seu interior.

Todas as canalizações da edificação deverão ser testadas com água sob pressão mínima de 60KPA (6 m.c.a.), durante um período mínimo de 15 minutos. No ensaio com ar comprimido, o ar deverá ser introduzido no interior da tubulação até que atinja uma pressão uniforme de 35KPA (3,5 m.c.a.), durante 15 minutos, sem a introdução de ar adicional.

Após a instalação dos aparelhos sanitários, as tubulações serão submetidas à prova de fumaça sob pressão mínima de 0,25KPA (0,025 m.c.a.) durante 15 minutos.

Para o correto procedimento quanto a execução do ensaio ver referência normativa na NBR 8160 – *Sistemas prediais de esgoto sanitário – Projeto e execução.*

Disposições construtivas

Os coletores enterrados deverão ser assentados em fundo de vala nivelado, compactado e isento de materiais pontiagudos e cortantes que possam causar algum dano à tubulação durante a colocação e compactação. Em situações em que o fundo de vala possuir material rochoso ou irregular, aplicar uma camada de areia e compactar, de forma a garantir o nivelamento e a integridade da tubulação a ser instalada.

Após instalação e verificação do caimento os tubos, estes deverão receber camada de areia com recobrimento mínimo de 20 cm. Em áreas sujeitas a trafego de veículos aplicar camada de 10 cm de concreto para proteção da tubulação. Após recobrimento dos tubos poderá a vala ser recoberta com solo normal.

A fim de prevenir ações de eventuais recalques das fundações do edifício, a tubulação que corre no solo terá de manter a distância mínima de 8 cm de qualquer baldrame, bloco de fundação ou sapata.

Deverá ser deixada folga nas travessias da canalização pelos elementos estruturais, também para fazer face a recalques. A canalização de esgoto nunca será instalada imediatamente acima de reservatórios de água.

As declividades indicadas no projeto serão consideradas como mínimas, devendo ser procedida uma verificação geral dos níveis até a rede urbana, antes da instalação dos coletores. Serão adotados, como declividade mínima, os valores abaixo discriminados:

- 2,0% para tubulações com diâmetro nominal igual ou inferior a 75mm;
- 1,0% para tubulações com diâmetro nominal igual ou superior a 100mm.

Os tubos, de modo geral, serão assentados com a bolsa voltada no sentido oposto ao do escoamento. As canalizações de esgoto predial só poderão cruzar a rede de água fria em cota inferior.

As extremidades das tubulações de esgotos serão vedadas, até montagem dos aparelhos sanitários, com bujões de rosca ou plugues, convenientemente apertados, não sendo permitido o emprego de buchas de papel ou madeira para tal fim. Durante a execução das obras serão tomadas especiais precauções para evitar-se a entrada de detritos nos condutores nas instalações.

Todas as tubulações aparentes serão pintadas nas cores convencionais exigidas pela ABNT;

Use as conexões corretas para cada ponto. Para cada desvio ou ajuste, utilize as conexões adequadas para evitar os esforções na tubulação, e nunca abuse da relativa flexibilidade dos tubos. A tubulação em estado de tensão permanente pode provocar trincas, principalmente na parede das bolsas.

Todas as alterações processadas no decorrer da obra serão objeto de registro para permitir a apresentação do cadastro completo por ocasião do recebimento da instalação. Após o término da execução, serão atualizados todos os desenhos do respectivo projeto, o que permitirá a representação do serviço “como construído” e servirá de cadastro para a operação e manutenção dessa mesma instalação.

5.3.4. Solução Individual de Destinação de Esgotos Sanitários

Nos municípios em que não houver rede pública de coleta de esgotos na região do estabelecimento de ensino, quando as condições do solo e a legislação ambiental vigente permitirem, serão instaladas soluções individuais de destinação dos esgotos. Essa solução consiste num conjunto de fossa séptica, filtro anaeróbico e sumidouro e o projeto deverá ser apresentado pelo ente federado. Como complemento ao sumidouro, nos casos onde houver necessidade, poderá ser utilizado valas de infiltração.

O sistema deverá ser dimensionado e implantado deforma a receber a totalidade dos dejetos. O uso do sistema somente é indicado para:

- área desprovida de rede pública coletora de esgoto;

- alternativa de tratamento de esgoto em áreas providas de rede coletora local;

- retenção prévia dos sólidos sedimentáveis, quando da utilização de rede coletora com diâmetro e/ou declividade reduzidos para transporte de efluentes livre de sólidos sedimentáveis.

É vedado o encaminhamento ao tanque séptico de:

- águas pluviais;

- despejos capazes de causar interferência negativa em qualquer fase do processo de tratamento ou a elevação excessiva da vazão do esgoto afluente, como os provenientes de piscinas e de lavagem de reservatório de água.

O dimensionamento, projeto e execução deverão obedecer às diretrizes das ABNT NBR 7229 – *Projeto, construção e operação de sistemas de tanques sépticos* e ABNT NBR 13969 – *Tanques sépticos - Unidades de tratamento complementar e disposição final dos efluentes líquidos - Projeto, construção e operação.*

5.3.5. Normas Técnicas Relacionadas

_ABNT NBR 5680, *Dimensões de tubos de PVC rígido;*

_ABNT NBR 5687, *Tubos de PVC - Verificação da estabilidade dimensional;*

_ABNT NBR 6493, *Emprego de cores para identificação de tubulações;*

_ABNT NBR 7173, *Tubos de PVC - Verificação do desempenho de junta soldável;*

_ABNT NBR 7229, *Projeto, construção e operação de sistemas de tanques sépticos;*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

_ABNT NBR 7367: *Projeto e assentamento de tubulações de PVC rígido para sistemas de esgoto sanitário;*

_ABNT NBR 8160, *Sistemas prediais de esgoto sanitário - Projeto e execução;*

_ABNT NBR 9051, *Anel de borracha para tubulações de PVC rígido coletores de esgoto sanitário – Especificação;*

_ABNT NBR 9054, *Tubo de PVC rígido coletor de esgoto sanitário - Verificação da estanqueidade de juntas elásticas submetidas à pressão hidrostática externa - Método de ensaio;*

_ABNT NBR 10569, *Conexões de PVC rígido com junta elástica, para coletor de esgoto sanitário - Tipos e dimensões - Padronização;*

_ABNT NBR 10570, *Tubos e conexões de PVC rígido com junta elástica para coletor predial e sistema condominial de esgoto sanitário - Tipos e dimensões - Padronização;*

_ABNT NBR 13969, *Tanques sépticos - Unidades de tratamento complementar e disposição final dos efluentes líquidos - Projeto, construção e operação;*

_ABNT NBR 15097-2, *Aparelhos sanitários de material cerâmico - Processo para instalação;*

_Normas Regulamentadoras do Capítulo V, Título II, da CLT, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho:

NR 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho;

Resolução CONAMA 377 - Licenciamento Ambiental Simplificado de Sistemas de Esgotamento Sanitário.

5.4. INSTALAÇÕES DE GÁS COMBUSTIVEL

O projeto de instalação predial de gás combustível foi baseado na ABNT NBR 13.523 – *Central de Gás Liquefeito de Petróleo – GLP* e ABNT NBR 15.526 – *Redes de Distribuição Interna para Gases Combustíveis em Instalações Residenciais e Comerciais – Projeto e Execução.*

Os ambientes destinados ao projeto de instalação de gás são cozinha e lactário. Serão instalados um fogão de 4 bocas com forno, do tipo doméstico, no lactário e de um de 6 bocas com forno, do tipo semi-industrial, na cozinha.

O sistema será composto por dois cilindros de 45kg de GLP e rede de distribuição em aço SCH-40 e acessórios conforme dados e especificações do projeto.

Quando não houver disponibilidade de fornecimento de botijões tipo P-45 de GLP, deverá ser adotado o sistema simples de botijões convencionais tipo P-13. A instalação será direta entre botijão e fogão, conforme os detalhes apresentados no projeto. Os botijões de gás não são fornecidos pelo FNDE ficando este a cargo do Ente Federado.

- Referências: **TIPO2-HGC-PLD-GER0-01_R02**

5.4.1. Materiais e Processo Executivo

Generalidades

A execução dos serviços deverá obedecer:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

- às prescrições contidas nas normas da ABNT, específicas para cada instalação;
- às disposições constantes de atos legais;
- às especificações e detalhes dos projetos; e
- às recomendações e prescrições do fabricante para os diversos materiais.

As instalações de GLP são compostas, basicamente, de tubulações, medidores de consumo, abrigo para medidores, reguladores de pressão, registros e válvulas. Complementam estas instalações a central de gás e os equipamentos de consumo do GLP.

Tubulações

As tubulações das instalações de GLP são divididas em função da pressão a que está submetido o gás e, também, em função da localização que ocupam num projeto. Assim, elas se classificam em:

- Rede de Alimentação; trecho da instalação predial situado entre a central de gás e o regulador de 1º estágio;
- Rede de Distribuição: trata-se da tubulação, com seus acessórios, situada dentro dos limites da propriedade dos consumidores e destinada ao fornecimento de GLP. É constituída pelas redes primária e secundária;
- Rede Primária: é o trecho situado entre o regulador de primeiro estágio e o regulador de segundo estágio;
- Rede Secundária: é o trecho situado entre o regulador de segundo estágio e os equipamentos de utilização do GLP.

Toda a tubulação será apoiada adequadamente, de modo a não ser deslocada, de forma acidental, da posição em que foi instalada. Estas não devem passar por pontos que as sujeitem as tensões inerentes à estrutura da edificação.

As tubulações serão perfeitamente estanques, terão caimento de 0,1%, no sentido do ramal geral de alimentação, e afastamento mínimo de 0,30m de outras tubulações e eletrodutos. No caso de SPDA e seus respectivos cabos, o afastamento, mínimo, será de 2 (dois) metros.

Materiais

Os materiais a serem utilizados na execução das redes, primárias e secundárias, de GLP serão fabricados em obediência às especificações das normas, regulamentos e códigos específicos. Serão empregados tubos de aço galvanizado, enterrado, com proteção em fita anticorrosiva (2 camadas) e envelopado em 3cm de concreto.

As interligações de acessórios e aparelhos de utilização serão efetuadas com mangueiras flexíveis de PVC com comprimento máximo de 80cm.

As roscas serão cônicas (NPT) ou macho – cônica e fêmea – paralela (BSP). O vedante, para roscas, terá características compatíveis para o uso de GLP, como a fita veda-rosca de pentatetrafluoretileno.

É proibida, por norma, a utilização de qualquer tipo detinta ou fibras vegetais na função de vedantes.

Disposições construtivas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

O abrigo, os recipientes de GLP e o conjunto de válvulas e regulador de 1º estágio devem ser instalados somente no exterior das edificações, em locais ventilados e em áreas onde não transitam alunos.

Dentro do abrigo devem estar a tubulação, conexões, botijões, válvulas de bloqueio automático, válvula de esfera e o regulador de primeiro estágio. As instalações da central devem permitir o reabastecimento de GLP sem interrupção de fornecimento de gás.

Toda a instalação elétrica que se fizer necessária na área da central de gás, deve ser à prova de explosão e executada conforme as NBRs.

Os recipientes serão instalados ao longo do muro de divisa da propriedade, para isso, será construída uma parede e uma cobertura em concreto resistente ao fogo, com tempo de resistência mínima de duas horas, posicionada ao longo do abrigo e com altura mínima de 1,80m.

Os recipientes de gás devem distar no mínimo 1,50 das aberturas, como ralos, canaletas e outras que estejam em nível inferior aos recipientes. Devem, ainda, distar no mínimo de 3m de qualquer fonte de ignição, inclusive estacionamento de veículos e, 6m de qualquer outro depósito de materiais inflamáveis.

As bases de assentamento dos recipientes devem ser elevados do piso que as circunda, não sendo permitida a construção do abrigo em rebaixos e recessos.

As placas de sinalização deverão ser com letras não menores que 50 mm de altura, em quantidade tal que possibilite a visualização de qualquer direção de acesso à central de GLP com os seguintes dizeres: PERIGO, INFLAMÁVEL, PROIBIDO FUMAR. No exterior do abrigo deverá possuir dois extintores de pó químico de 6kg cada um, estes deverão estar protegidos de intempéries e de fácil acesso.

Serão realizados dois ensaios de estanqueidade: o primeiro, com na rede ainda aparente e em toda a sua extensão e, o segundo, na liberação para o abastecimento com o GLP. O ensaio deverá ser realizado com pressão PCDumática de 10kg/cm² por, no mínimo, 2 horas, e ser fornecido laudo técnico das instalações juntamente com a ART do serviço.

5.4.2. Normas Técnicas Relacionadas

_ABNT NBR 6493*, Emprego de cores para identificação de tubulações;*

_ABNT NBR 8613, *Mangueiras de PVC plastificado para instalações domésticas de gás liquefeito de petróleo (GLP);*

_ABNT NBR 13103, *Instalação de aparelhos a gás para uso residencial - Requisitos;*

_ABNT NBR 13419, *Mangueira de borracha para condução de gases GLP/GN/GNF – Especificação;*

_ABNT NBR 13523, *Central de Gás Liquefeito de Petróleo - GLP;*

_ABNT NBR 14177, *Tubo flexível metálico para instalações de gás combustível de baixa pressão;*

_ABNT NBR 15526, *Redes de distribuição interna para gases combustíveis em instalações residenciais e comerciais - Projeto e execução;*

_ABNT NBR 15923, *Inspeção de rede de distribuição interna de gases combustíveis em instalações residenciais e instalação de aparelhos a gás para uso residencial – Procedimento.*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

5.5. SISTEMAS DE PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIO

A classificação de risco para as edificações que compreendem os estabelecimentos de ensino é de risco leve, segundo a classificação de diversos Corpos de Bombeiros do país. São exigidos os seguintes sistemas:

- Hidrantes: sistema de proteção compreendendo os reservatórios d'água, canalizações, bombas de incêndio e os equipamentos de hidrantes.
- Sinalização de segurança: as sinalizações auxiliam as rotas de fuga, orientam e advertem os usuários da edificação.
- Extintores de incêndio: para todas as áreas da edificação os extintores deverão atender a cada tipo de classe de fogo A, B e C. A locação e instalação dos extintores constam da planta baixa e dos detalhes do projeto.
- Iluminação de emergência: o sistema adotado foi de blocos autônomos de LED, com autonomia de 2 horas, instalados nas paredes, conforme localização e detalhes indicados no projeto.
- SPDA – Sistema de proteção contra descargas atmosféricas: o sistema adotado, concepções, plantas e detalhes constam no projeto.

Lembrete: Este projeto de incêndio deverá ser validado pelo corpo de bombeiros estadual. O Ente Federado deverá realizar as alterações necessárias até a aprovação.

- Referências: **TIPO2-HIN-PLD-GER0-01-03_R02**

5.5.1. Materiais e Processo Executivo

Generalidades

A execução dos serviços deverá obedecer:

- às prescrições contidas nas normas da ABNT, específicas para cada instalação;
- às disposições constantes no corpo de bombeiros estadual;
- às disposições constantes de atos legais;
- às especificações e detalhes dos projetos; e
- às recomendações e prescrições do fabricante para os diversos materiais.

Sistema de Combate por Água sob Comando

O sistema de combate a incêndio por água sob comando, hidrantes, integra o complexo de instalações de Combate a Incêndio do edifício, devendo, portanto ser considerado dentro do conceito geral de segurança contra incêndio previsto para a edificação.

O sistema de combate a incêndio por Hidrantes será composto pelos conjuntos de bombas exclusivas para tal finalidade, instaladas na casa de bombas localizada no castelo d'água metálico – conforme projeto -, e interligadas pelo barrilete de sucção ao reservatório, que possuem uma reserva técnica de água exclusiva para incêndio com capacidade de 10.000 L. A distribuição do agente extintor água, pela edificação será através de redes de tubulações exclusivas e identificadas na cor vermelha. Para a alimentação dos hidrantes deverá ser utilizado tubulação de ferro maleável Classe 10.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

O princípio de operação se dará quando ocorrer uma queda de pressão na rede de alimentação, em decorrência do acionamento da válvula globo angular, instalada no interior das caixas de hidrantes. Esta despressurização será detectada por pressostatos elétricos de simples estágios instalados na casa de bomba e regulados com pressão diferenciada para sequenciamento de energização das respectivas bombas de incêndio, principal e reserva, que devido as suas características quando em operação somente poderá ser desligada no quadro elétrico, mesmo que a pressão de pressurização da rede tenha sido restabelecida.

Para uma fácil e rápida identificação de entrada de bomba em operação, o fluxo de água na tubulação, será monitorado por um fluxostato automático de água interligado à Central de Detecção e Alarme, através do módulo de monitoramento específico e de laço de detecção, o qual será ativado sempre que ocorrer fluxo de água através do fluxostato em decorrência de sinistro ou quando de realização de testes operacionais simulados através da abertura de qualquer Hidrante.

Os hidrantes convencionais deverão ser instalados embutidos e locados no interior de caixas metálicas dotadas de portas de acesso, obedecendo à altura de acionamento da válvula angular. Deverá ser executada sinalização específica com a finalidade de indicar seu posicionamento. Para maiores detalhes consultar projeto específico.

Bombas

As bombas deverão atender a necessidade do projeto de incêndio e seu equipamento incluirá todos os dispositivos necessários à perfeita proteção e acionamento: chaves térmicas, acessórios para comando automático, etc. O local destinado a sua instalação deverá ser de fácil acesso, seco, bem iluminado e ventilado e as bombas de incêndio devem ser utilizadas somente para este fim.

A automação da bomba principal ou de reforço deve ser executada de maneira que, após a partida do motor seu desligamento seja somente manual no seu próprio painel de comando, localizado na casa de bombas. Deverá ser previsto pelo menos um ponto de acionamento manual para a mesma, instalado em local seguro da edificação e que permita fácil acesso.

- Modelo de referência:
Bomba de Incêndio
Tipo: Motobomba Centrifuga Prevenção Contra Incêndio
Hman: 8 mca
Potência: 7,5 cv
Tensão: trifásica
Fabricante de referência: BPI-22 R/F 2 1/2 – Schneider

- Referências: **TIPO2-HIN-PLD-GER0-01-03_R02**

Sistema de Combate por Extintores

O sistema de combate a incêndio por Extintores Portáteis integra o complexo de instalações de Combate a Incêndio do edifício, devendo, portanto ser considerado dentro do conceito geral de segurança contra incêndio previsto para a edificação.

O princípio de sua utilização se dará quando na ocorrência de sinistro de pequenas proporções e podendo ser debelado através do uso dos extintores localizados na área

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

sinistrada. A forma de manuseio dos extintores está expressa nas etiquetas presas no cilindro, bem como o tipo de agente a ser empregado na extinção conforme o tipo do material comburente.

Os extintores estão todos identificados por sinalização específica.

Os extintores estão distribuídos conforme os padrões normalizados de tal forma que, toda a edificação possa a ser atendida com no mínimo um extintor, adequado ao tipo de risco local.

A edificação é classificada pelas normas técnicas mencionadas, como predominantemente de risco leve, onde os riscos de incêndio presumíveis se enquadram classe “A” e “B”, mas também existem áreas que devido a sua finalidade operacional se enquadram em risco classe “C”, como casas de máquinas, subestação e salas de quadros elétricos.

- Referências: **TIPO2-HIN-PLD-GER0-01-03_R02**

Sistema de Sinalização de Emergência e Rota de Fuga

O sistema de Sinalização de Emergência e Rota de Fuga integra o complexo de instalações de Combate a Incêndio do edifício, devendo, portanto ser considerado dentro do conceito geral de segurança contra incêndio previsto para a edificação.

O Sistema de Sinalização de Emergência de Rota de Fuga visa garantir que sejam adotadas ações e medidas adequadas que orientem as ações de combate, facilite a localização dos elementos extinção de fogo e auxiliem na evacuação de pessoas pelas rotas de saída para escape seguro da edificação.

O sistema é composto por luminárias tipo bloco autônomo de led, tendo preso no defletor da mesma, placas adesivas com indicativos de sinalização, para os procedimentos a serem adotados naqueles espaços e também por placas normatizadas dotadas de adesivo com sinalizações específicas para cada finalidade e procedimento a ser adotado em situação de sinistro, mas também útil na orientação de deslocamento no interior da edificação.

Os sinalizadores estão distribuídos conforme os padrões normativos, e de tal forma que em cada bloco da edificação seja atendido com no mínimo um sinalizador.

- Referências: **TIPO2-HIN-PLD-GER0-01-03_R02**

5.5.2. Normas Técnicas Relacionadas

_NR 23, *Proteção Contra Incêndios;*
_NR 26, Sinalização de Segurança;
_ABNT NBR 5628, *Componentes construtivos estruturais - Determinação da resistência ao fogo;*
_ABNT NBR 7195, *Cores para segurança;*
_ABNT NBR 6493, *Emprego de cores para identificação de tubulações;*
_ABNT NBR 9077, *Saídas de emergência em edifícios;*
_ABNT NBR 9442, *Materiais de construção - Determinação do índice de propagação superficial de chama pelo método do painel radiante - Método de ensaio;*
_ABNT NBR 10898, *Sistema de iluminação de emergência;*
_ABNT NBR 11742, *Porta corta-fogo para saídas de emergência;*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

_ABNT NBR 12693, *Sistema de proteção por extintores de incêndio;*

_ABNT NBR 13434-1, *Sinalização de segurança contra incêndio e pânico - Parte 1: Princípios de projeto;*

_ABNT NBR 13434-2, *Sinalização de segurança contra incêndio e pânico - Parte 2: Símbolos e suas formas, dimensões e cores;*

_ABNT NBR 13434-3, *Sinalização de segurança contra incêndio e pânico - Parte 3: Requisitos e métodos de ensaio;*

_ABNT NBR 13714, *Sistemas de hidrantes e de mangotinhos para combate a incêndio;*

_ABNT NBR 14432, *Exigências de resistência ao fogo de elementos construtivos de edificações – Procedimento;*

_ABNT NBR 15200, *Projeto de estruturas de concreto em situação de incêndio;*

_ABNT NBR 15808, *Extintores de incêndio portáteis;*

_ABNT NBR 15809, *Extintores de incêndio sobre rodas;*

_ABNT NBR 17240, *Sistemas de detecção e alarme de incêndio –Projeto, instalação, comissionamento e manutenção de sistemasde detecção e alarme de incêndio – Requisitos;*

_Normas e Diretrizes de Projeto do Corpo de Bombeiros Local;

_Regulamento para a Concessão de Descontos aos Riscos de Incêndio do Instituto de Resseguros do Brasil (IRB);

NR-10 - SEGURANÇA EM INSTALAÇÕES E SERVIÇOS EM ELETRICIDADE Portaria n.º598, de 07/12/2004 (D.O.U. de 08/12/2004 – Seção 1).

Normas internacionais:

EN 13823, Reaction to fire tests for building products – Building products excluding floorings exposed to the thermal attack by a single burning item (SBI);

ISO 1182, Buildings materials – non-combustibility test;

ISO 11925-2, Reaction to fire tests – Ignitability of building products subjected to direct impingement of flame – Part 2: Single-flame source test e ASTM E662 – Standard test method for specific optical density of smoke generated by solid materials;

ASTM E662, Standard test method for specific optical density of smoke generated by solid materials.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

6. ELÉTRICA

6.1. INSTALAÇÕES ELÉTRICAS

No projeto de instalações elétricas foi definido a distribuição geral das luminárias, pontos de força, comandos, circuitos, chaves, proteções e equipamentos. O atendimento à edificação foi considerado em baixa tensão, conforme a tensão operada pela concessionária local em 127V ou 220V. Os alimentadores foram dimensionados com base o critério de queda de tensão máxima admissível considerando a distância aproximada de 40 metros do quadro geral de baixa tensão até a subestação em poste. Caso a distância seja maior, os alimentadores deverão ser redimensionados.

Os circuitos que serão instalados seguirão os pontos de consumo através de eletrodutos, conduletes e caixas de passagem. Todos os materiais deverão ser de qualidade para garantir a facilidade de manutenção e durabilidade.

As instalações elétricas foram projetadas de forma independente para cada bloco, permitindo flexibilidade na construção, operação e manutenção. Os alimentadores dos quadros de distribuição dos blocos têm origem no QGBT, localizado na sala técnica do bloco A, que seguem em eletrodutos enterrados no solo conforme especificado no projeto. Os alimentadores foram dimensionados com base no critério de queda de tensão máxima admissível considerando a distância entre os quadros de distribuição e o QGBT, definidas pelo layout apresentado. Os alimentadores do quadro geral de bombas e os circuitos de iluminação e tomadas do Castelo d'água ficarão localizados dentro do volume do mesmo, em local apropriado para sua instalação.

Não foram consideradas no projeto tomadas baixas em áreas de acesso irrestrito das crianças, - salas de atividades, repouso, solários, salas multiuso, sanitários infantis, refeitório e pátio - por segurança dos principais usuários, que são as crianças. Todos os circuitos de tomadas serão dotados de dispositivos diferenciais residuais de alta sensibilidade para garantir a segurança. As tomadas para ligação de computadores terão circuito exclusivo, para assegurar a estabilidade de energia.

As luminárias especificadas no projeto preveem lâmpadas de baixo consumo de energia como as fluorescentes e a vapor metálica, reatores eletrônicos de alta eficiência, alto fator de potência e baixa taxa de distorção harmônica. Foram previstas luminárias com aletas para as áreas de trabalho e leitura pelo fato de proporcionar melhor conforto visual aos usuários já que limita o ângulo de ofuscamento no ambiente. Para as áreas de preparo e manipulação de alimentos também foi especificado este tipo de luminária.

O acionamento dos comandos das luminárias é feito por seções, sempre no sentido das janelas para o interior dos ambientes. Dessa forma aproveita-se melhor a iluminação natural ao longo do dia, permitindo acionar apenas as seções que se fizerem necessária, racionalizando o uso de energia.

- Referências: **TIPO2-ELE-PLB-GER0-01-03-220.127_R02 ou**
TIPO2-ELE-PLB-GER0-01-03-380.220_R02

6.1.1. Materiais e Processo Executivo

Generalidades

A execução dos serviços deverá obedecer:

- às prescrições contidas nas normas da ABNT, específicas para cada instalação;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

- às disposições constantes de atos legais;
- às especificações e detalhes dos projetos; e
- às recomendações e prescrições do fabricante para os diversos materiais.

Caixas de Derivação

As caixas de derivação serão do tipo de PVC e deverão ser empregadas em todos os pontos de entrada e/ou saída dos condutores na tubulação, em todos os pontos de instalação de luminárias, interruptores, tomadas ou outros dispositivos.

As caixas embutidas nas lajes serão firmemente fixadas nos moldes, às caixas embutidas nas paredes deverão facear o paramento de alvenaria – de modo a não resultar excessiva profundidade depois de concluído o revestimento – e serão niveladas e aprumadas.

Caixas de Passagem

As caixas de passagem, no que diz respeito à sua instalação, obedecerão às normas da ABNT atinentes ao assunto. O posicionamento das caixas deverá ser verificado no projeto de instalações elétricas.

Eletrodutos e Eletrocalhas

Os eletrodutos de energia embutidos nos forros e paredes deverão ser de PVC flexível corrugado, os embutidos em lajes ou enterrados no solo serão de PVC rígido roscável e os eletrodutos que seguem até o quadro de alimentação geral deverão ser em PVC rígido roscável. Os diâmetros deverão seguir rigorosamente os fixados em projeto.

Não poderão ser usadas curvas com deflexões menores que 90º.

Antes da enfiação todos os eletrodutos e caixas deverão estar convenientemente limpos e secos.

Nos eletrodutos sem fiação (secos) deverá ser deixado arame galvanizado n.º 18 AWG (Ø = 1,0 mm) como guia.

Nas juntas de dilatação o eletroduto deverá ser embuchado por tubo de maior diâmetro, garantindo-se continuidade e estanqueidade.

A cada duas curvas no eletroduto deverá ser utilizada uma caixa, sendo que todas devem possuir tampa.

Tanto as eletrocalhas como os seus acessórios deverão ser lisas ou perfuradas, fixadas por meio de pressão e por talas acopladas a eletrocalha, que facilitam a sua instalação.

Para terminações, emendas, derivações, curvas horizontais ou verticais e acessórios de conexão deverão ser empregadas peças pré-fabricadas com as mesmas características construtivas da eletrocalha.

As eletrocalhas deverão possuir resistência mecânica a carga distribuída mínima de 19 kgf/m para cada vão de 2 m.

A conexão entre os trechos retos e conexões das eletrocalhas deverão ser executados por mata juntas, com perfil do tipo “H”, visando nivelar e melhorar o acabamento entre as conexões e eliminar eventuais pontos de rebarba que possam comprometer a isolação dos condutores.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

As instalações (eletrodutos, caixas metálicas de passagem, tomadas, interruptores, quadros e luminárias, estruturas metálicas, dutos de ar condicionado) deverão ser conectadas ao condutor de proteção (TERRA).

Fios e Cabos

Os condutores serão instalados de forma que não estejam submetidos a esforços mecânicos incompatíveis com sua resistência, o que prevalece, também, para o seu isolamento e/ou revestimento.

As emendas e derivações serão executadas de modo a assegurarem resistência mecânica adequada e contato elétrico perfeito e permanente por meio de um conector apropriado ou de solda e deverão ser executadas sempre em caixas de passagem.

Os fios ou cabos serão de cobre de alta condutividade, classe de isolamento 750 V, com isolação termoplástica, com temperatura limite de 70° C em regime, com cobertura protetora de cloreto de polivinila (PVC).

A bitola mínima dos condutores a serem usadas serão de secção: # 2,5 mm² para as instalações elétricas em geral.

Deverá ser utilizado o sistema Duplix por identificador da Pial ou similar Hellerman, o mesmo deverá ser executado junto a entrada do disjuntor de proteção e terminação do circuito (tomada, plug, interruptor, etc).

As emendas dos condutores de secção até 4,00 mm² inclusive, poderá ser feita diretamente através de solda estanhada 50/50, com utilização de fita isolante de auto fusão para isolamento das conexões, e com cobertura final com fita isolante plástica. Acima dessa bitola deverão ser utilizados conectores apropriados.

A identificação dos condutores deverá obedecer às seguintes convenções:

A - CIRCUITOS BIFÁSICOS

- Fase A - Preto
- Fase B - Vermelho
- Neutro - Azul claro
- Retorno - Amarelo
- Terra (PE Proteção) - Verde

B – ELETRICA COMUM

- Fase - Preto
- Neutro - Azul claro (Identificado)
- Terra (PE Proteção) - Verde

Disjuntores

Todos os condutores deverão ser protegidos por disjuntores compatíveis com suas respectivas capacidades nominais, de acordo com o projeto elétrico.

Os disjuntores monopolares e bipolares de caixa moldada deverão ser da marca Siemens ou MGE, modelo 5SX1 série N, sem compensação térmica de carcaça, mecanismo de operação manual com abertura mecanicamente livre, para operações de abertura e fechamento, dispositivo de disparo, eletromecânico, de ação direta por sobrecorrente e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

dispositivo de disparo de ação direta e elemento térmico para proteção contra sobrecargas prolongadas.

Disjuntores: Para circuitos bifásicos ou trifásicos deverão ser utilizados disjuntores conjugados pelo fabricante. É proibida a utilização de disjuntores acoplados na obra.

Deverá ser utilizado trava disjuntores nos quadros para evitar escorregamento dos mesmos.

Quadros Elétricos

Para atendimento às diversas áreas do prédio existirão quadros elétricos designados pelo sistema de nomenclatura alfanumérico relacionado com o local da instalação. Os locais de instalação de cada quadro estão indicados nos projetos. Todos os quadros abrigarão os disjuntores de proteção dos diversos circuitos de iluminação e tomada, assim como os equipamentos de comando e controle do sistema de supervisão predial. Os circuitos serão identificados por relação anexa à própria tampa do quadro.

Interruptores e Tomadas

Os comandos da iluminação serão feitos por meio de interruptores situados nas próprias salas. O posicionamento das unidades seguirão o projeto elétrico e projeto arquitetônico de layout.

Os interruptores serão da linha Nereya, Pial ou equivalente. As tomadas de uso geral, salvo quando houver indicação contrária, serão do tipo Padrão Brasileiro, 2P+T, 10 A ou 20A, com identificador de tensão e pino terra, da mesma linha dos interruptores. As tomadas de informática serão do tipo dedicado à rede estabilizada, cor vermelha, padrão brasileiro 2P+T, 20A, Pial ou equivalente, com identificador de tensão.

Luminárias

São previstos os seguintes tipos de luminárias com lâmpadas tipo T8 nas potências especificadas. Poderão ainda ser utilizados outros tipos de luminárias/lâmpadas, desde que observada à equivalência entre índices como luminância e eficiência luminosa/ energética.

Todas as luminárias serão metálicas, ligadas ao fio terra, não se admitindo em nenhuma hipótese luminárias de madeira ou qualquer outro material combustível.

Os reatores simples ou duplos para lâmpadas fluorescentes tubulares poderão ser eletromagnéticos, de alto fator de potência, partida rápida, com espaços internos preenchidos com composto a base de poliéster, baixo nível de ruído, para tensão de 220V, 60Hz; compensados de forma a assegurar um fator de potência do conjunto igual ou superior a 0,97. Deverão estar instalados sobre base de material incombustível.

Os reatores simples ou duplos para lâmpadas fluorescentes tubulares de alto fator de potência para lâmpadas; deverão ser com circuitos eletrônicos, taxa de distorção harmônica menor que 5%, com supressão de rádio interferência, tensão de alimentação de 198V a 264V, 60Hz.

Os reatores deverão ser fixados sobre material incombustível, não devendo estar apoiado sobre o forro.

Foram projetados pontos de iluminação de emergência, em um circuito individual, de acordo com a NBR 10898. As luminárias de emergência deverão ser ligadas em módulos especificados para a alimentação dessas luminárias na falta de energia. O esquema de ligação consta no projeto.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

- Luminária de sobrepor completa para 2 lâmpadas T8 32/36W, com reator. Ref.: 2530, modelo Itaim Dim. 270 x 1250mm.

- Luminária de embutir completa para 2 lâmpadas T8 32/36W, com reator. Ref.: 2530, modelo Itaim Dim. 270 x 1250mm.

- Luminária de embutir completa para 2 lâmpadas T8 16/18W, com reator. Ref.: 2530, modelo Itaim Dim. 270 x 625mm.

- Luminária de embutir completa para 2 lâmpadas T8 32/36W, com reator. Ref.: 2001, modelo Itaim Dim. 312x1250mm.

- Luminária de piso fechada completa com uma lâmpada a vapor metálico de 70W, ignitor e reator eletrônico de alta frequência, alto fator de potência e baixa taxa de distorção harmônica (FP>0,92 e TDH<10%).

- Projetor completo com uma lâmpada a vapor metálico de 150W, ignitor e reator eletrônico de alta frequência, alto fator de potência e baixa taxa de distorção harmônica (FP>0,92 e TDH<10%). Refrator em vidro temperado a prova de choque térmico, h=260cm do piso acabado.

- Projetor completo com uma lâmpada a vapor metálico de 250W, ignitor e reator eletrônico de alta frequência, alto fator de potência e baixa taxa de distorção harmônica (FP>0,92 e TDH<10%). Refrator em vidro temperado a prova de choque térmico, fixado no piso.

- Arandela de sobrepor com 1 lâmpada fluorescente compacta de 27W, h=220cm do piso acabado, com corpo em alumínio fundido pintado, borracha para vedação, difusor de vidro frisado temperado e grade frontal para proteção.

Disposições construtivas

O Ente Federado deverá submeter o projeto de instalações elétricas às entidades locais com jurisdição sobre o assunto e ajustará quaisquer exigências ou alterações impostas pelas autoridades.

Todas as instalações elétricas serão executadas com esmero e bom acabamento, os condutores, condutos e equipamentos cuidadosamente dispostas nas respectivas posições e firmemente ligados às estruturas de suporte e aos respectivos pertences, formando um conjunto mecânico eletricamente satisfatório e de boa qualidade.

Os ramais de entrada e medição serão executados em conformidade com as normas da concessionária local, abrangendo condutores e acessórios – instalados a partir do ponto de entrega até o barramento geral de entrada – caixa de medição e proteção, caixa de distribuição, os ramais de medidores, quadros, etc.

Todas as extremidades livres dos tubos serão, antes da concretagem e durante a construção, convenientemente obturadas, a fim de evitar a penetração de detritos e umidade. Deverão ser previstas passagens para as tubulações antes da concretagem.

Todas as tubulações das instalações aparentes serão pintadas nas cores convencionais exigidas pela ABNT.

6.1.2. Normas Técnicas Relacionadas

_NR 10: *Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade;*

_ABNT NBR 5123: *Relé fotelétrico e tomada para iluminação - Especificação e método de ensaio;*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

_ABNT NBR 5349: *Cabos nus de cobre mole para fins elétricos - Especificação;*

_ABNT NBR 5370: *Conectores de cobre para condutores elétricos em sistemas de potência;*

_ABNT NBR 5382: *Verificação de iluminância de interiores;*

_ABNT NBR 5410: *Instalações elétricas de baixa tensão;*

_ABNT NBR 5413: *Iluminância de interiores;*

_ABNT NBR 5444: *Símbolos gráficos para instalações elétricas prediais;*

_ABNT NBR 5461: *Iluminação;*

_ABNT NBR 5471: *Condutores elétricos;*

_ABNT NBR 6516: *Starters - A descarga luminescente;*

_ABNT NBR 6689: *Requisitos gerais para condutos de instalações elétricas prediais;*

_ABNT NBR 8133: *Rosca para tubos onde a vedação não é feita pela rosca - Designação, dimensões e tolerâncias;*

_ABNT NBR 9312: *Receptáculo para lâmpadas fluorescentes e starters - Especificação;*

_ABNT NBR 10898: *Sistema de iluminação de emergência;*

_ABNT NBR 11839: *Dispositivo-fusíveis de baixa tensão para proteção de semicondutores - Especificação;*

_ABNT NBR 11841: *Dispositivo-fusíveis de baixa tensão, para uso por pessoas autorizadas - Fusíveis com contatos tipo faca - Especificação;*

_ABNT NBR 11848: *Dispositivo-fusíveis de baixa tensão para uso por pessoas autorizadas - Fusíveis com contatos aparafusados - Especificação;*

_ABNT NBR 11849: *Dispositivo-fusíveis de baixa tensão para uso por pessoas autorizadas - Fusíveis com contatos cilíndricos - Especificação;*

_ABNT NBR 12090: *Chuveiros elétricos - Determinação da corrente de fuga - Método de ensaio;*

_ABNT NBR 12483: *Chuveiros elétricos - Padronização;*

_ABNT NBR 14011: *Aquecedores instantâneos de água e torneiras elétricas - Requisitos;*

_ABNT NBR 14012: *Aquecedores instantâneos de água e torneiras elétricas - Verificação da resistência ao desgaste ou remoção da marcação - Método de ensaio;*

_ABNT NBR 14016: *Aquecedores instantâneos de água e torneiras elétricas - Determinação da corrente de fuga - Método de ensaio;*

_ABNT NBR 14417: *Reatores eletrônicos alimentados em corrente alternada para lâmpadas fluorescentes tubulares - Requisitos gerais e de segurança;*

_ABNT NBR 14418: *Reatores eletrônicos alimentados em corrente alternada para lâmpadas fluorescentes tubulares - Prescrições de desempenho;*

_ABNT NBR 14671: *Lâmpadas com filamento de tungstênio para uso doméstico e iluminação geral similar - Requisitos de desempenho.*

_ABNT NBR IEC 60061-1: *Bases de lâmpadas, porta-lâmpadas, bem como gabaritos para o controle de intercambialidade e segurança - Parte 1: Bases de lâmpadas;*

_ABNT NBR IEC 60081: *Lâmpadas fluorescentes tubulares para iluminação geral;*

_ABNT NBR IEC 60238: *Porta-lâmpadas de rosca Edison;*

_ABNT NBR IEC 60269-3-1: *Dispositivos-fusíveis de baixa tensão - Parte 3-1: Requisitos suplementares para dispositivos-fusíveis para uso por pessoas não qualificadas (dispositivos-fusíveis para uso principalmente doméstico e similares) - Seções I a IV;*

_ABNT NBR IEC 60439-1: *Conjuntos de manobra e controle de baixa tensão - Parte 1: Conjuntos com ensaio de tipo totalmente testados (TTA) e conjuntos com ensaio de tipo parcialmente testados (PTTA);*

_ABNT NBR IEC 60439-2: *Conjuntos de manobra e controle de baixa tensão - Parte 2: Requisitos particulares para linhas elétricas pré-fabricadas (sistemas de barramentos blindados);*

_ABNT NBR IEC 60439-3: *Conjuntos de manobra e controle de baixa tensão - Parte 3: Requisitos particulares para montagem de acessórios de baixa tensão destinados a instalação em locais acessíveis a pessoas não qualificadas durante sua utilização - Quadros de distribuição;*

_ABNT NBR IEC 60669-2-1: *Interruptores para instalações elétricas fixas residenciais e similares -Parte2-1: Requisitos particulares - Interruptores eletrônicos;*

_ABNT NBR IEC 60884-2-2: *Plugues e tomadas para uso doméstico e análogo - Parte 2-2: Requisitos particulares para tomadas para aparelhos;*

_ABNT NBR NM 243: *Cabos isolados com policloreto de vinila (PVC) ou isolados com composto termofixo elastomérico, para tensões nominais até 450/750 V, inclusive - Inspeção e recebimento;*

_ABNT NBR NM 244: *Condutores e cabos isolados - Ensaio de centelhamento;*

_ABNT NBR NM 247-1: *Cabos isolados com policroreto de vinila (PVC) para tensões nominais até 450/750 V - Parte 1: Requisitos gerais (IEC 60227-1, MOD);*

_ABNT NBR NM 247-2: *Cabos isolados com policloreto de vinila (PVC) para tensão nominais até 450/750 V, inclusive - Parte 2: Métodos de ensaios (IEC 60227-2, MOD);*

_ABNT NBR NM 247-3: *Cabos isolados com policloreto de vinila (PVC) para tensões nominais até 450/750 V, inclusive - Parte 3: Condutores isolado (sem cobertura) para instalações fixas (IEC 60227-3, MOD);*

_ABNT NBR NM 247-5: *Cabos isolados com policloreto de vinila (PVC) para tensões nominais até 450/750 V, inclusive - Parte 5: Cabos flexíveis (cordões) (IEC 60227-5, MOD);*

_ABNT NBR NM 287-1: *Cabos isolados com compostos elastoméricos termofixos, para tensões nominais até 450/750 V, inclusive - Parte 1: Requisitos gerais (IEC 60245-1, MOD);*

_ABNT NBR NM 287-2: *Cabos isolados com compostos elastoméricos termofixos, para tensões nominais até 450/750 V, inclusive - Parte 2: Métodos de ensaios (IEC 60245-2 MOD);*

_ABNT NBR NM 287-3: *Cabos isolados com compostos elastoméricos termofixos, para tensões nominais até 450/750 V, inclusive - Parte 3: Cabos isolados com borracha de silicone com trança, resistentes ao calor (IEC 60245-3 MOD);*

_ABNT NBR NM 287-4: *Cabos isolados com compostos elastoméricos termofixos, para tensões nominais até 450/750 V, inclusive - Parte 4: Cordões e cabos flexíveis (IEC 60245-4:2004 MOD);*

_ABNT NBR NM 60454-1: *Fitas adesivas sensíveis à pressão para fins elétricos - Parte 1: Requisitos gerais (IEC 60454-1:1992, MOD);*

_ABNT NBR NM 60454-2: *Fitas adesivas sensíveis à pressão para fins elétricos - Parte 2: Métodos de ensaio (IEC 60454-2:1992, MOD);*

_ABNT NBR NM 60454-3: *Fitas adesivas sensíveis à pressão para fins elétricos - Parte 3: Especificações para materiais individuais - Folha 1: Filmes de PVC com adesivos sensíveis à pressão (IEC 60454-3-1:1998, MOD);*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

_ABNT NBR NM 60669-1: *Interruptores para instalações elétricas fixas domésticas e análogas - Parte 1: Requisitos gerais (IEC 60669-1:2000, MOD);*

_ABNT NBR NM 60884-1: *Plugues e tomadas para uso doméstico e análogo - Parte 1: Requisitos gerais (IEC 60884-1:2006 MOD).*

Normas internacionais:
ASA – American Standard Association;
IEC – International Electrical Comission;
NEC – National Eletric Code;
NEMA – National Eletrical Manufactures Association;
NFPA – National Fire Protection Association;
VDE – Verbandes Desutcher Elektrote.

6.2. INSTALAÇÕES DE CLIMATIZAÇÃO

O projeto de climatização visa o atendimento às condições de conforto em ambientes que não recebem ventilação natural ideal para o conforto dos usuários.

As soluções adotadas foram:

- Nas salas de multiuso, sala dos professores e administração: adoção de equipamento simples de ar condicionado;
- Demais ambientes: adoção de ventiladores de teto e previsão para condicionamento de ar futuro (locais onde a temperatura média assim determine a necessidade).

Referências: **TIPO2-ECL-PLB-GER0-01_R02**

6.2.1. Materiais e Processo Executivo

Generalidades

A execução dos serviços deverá obedecer:
- às prescrições contidas nas normas da ABNT, específicas para cada instalação;
- às disposições constantes de atos legais;
- às especificações e detalhes dos projetos; e
- às recomendações e prescrições do fabricante para os diversos materiais.

Condensadoras

As condensadoras serão instaladas na laje de cobertura em local especificado no projeto de climatização. Serão assentados sobre suportes de borracha que ficarão apoiados sobre a laje. Na ocasião da instalação de futuros aparelhos estão poderão ser fixados acima dos existentes na parede por meio de mão francesa.

Tubulação Frigorífica

A tubulação frigorífica será toda em cobre, terá solda com alto teor de prata, deverá usar curvas e conexões padronizadas e será revestida com borracha elastomérica protegida de intempéries por aluminizado.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

As tubulações sairão por baixo de telhado e encaminharão até o shaft onde realizará a descida até os pontos indicados em projeto. Todo este caminhamento será realizado na vertical pelos shaft e na horizontal entre o forro e a laje.

Evaporadores

Os evaporadores serão do tipo HI-WALL quando tiverem potências de até 22.000 BTU/H e do tipo piso/teto quando tiverem potência de 30.000 BTU/H. Os evaporadores do tipo piso/teto terão uma breve inclinação para trás ensejando melhor escoamento da água para o dreno.

Disposições construtivas

As instalações das unidades deverão seguir as especificações dos fabricantes. Todos os condicionadores de ar deverão ser fornecidos com controle remoto sem fio.

As ligações elétricas dos equipamentos constituintes dos sistemas de condicionamento de ar e de ventilação deverão atender as prescrições das normas. Para seu correto posicionamento observar projeto de climatização.

Os drenos deverão ser executados em tubos de PVC e de diâmetros indicados. Serão fornecidos 04 (quatro) equipamentos de ar condicionado distribuídos da seguinte forma:

- AC3 – Sala Multiuso – 30.000 BTU's;
- AC7 – Sala dos Professores – 9.000 BTU's;
- AC8 – Administração – 9.000 BTU's.

Os demais ambientes deverão ser preparados, tanto na instalação elétrica quanto nos drenos, para futura instalação dos equipamentos de ar condicionado.

6.2.2. Normas Técnicas Relacionadas

_ABNT NBR 10080: *Instalações de ar-condicionado para salas de computadores - Procedimento;*

_ABNT NBR 11215: *Equipamentos unitários de ar-condicionado e bomba de calor - Determinação da capacidade de resfriamento e aquecimento - Método de ensaio;*

_ABNT NBR 11829: *Segurança de aparelhos eletrodomésticos e similares - Requisitos particulares para ventiladores - Especificação;*

_ABNT NBR 14679: *Sistemas de condicionamento de ar e ventilação - Execução de serviços de higienização;*

_ABNT NBR 15627-1: *Condensadores a ar remotos para refrigeração - Parte 1: Especificação, requisitos de desempenho e identificação;*

_ABNT NBR 15627-2: *Condensadores a ar remotos para refrigeração - Parte 2: Método de ensaio;*

_ABNT NBR 15848: *Sistemas de ar condicionado e ventilação - Procedimentos e requisitos relativos às atividades de construção, reformas, operação e manutenção das instalações que afetam a qualidade do ar interior (QAI);*

_ABNT NBR 16401-1: *Instalações de ar-condicionado - Sistemas centrais e unitários - Parte 1: Projetos das instalações;*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

_ABNT NBR 16401-2: *Instalações de ar-condicionado - Sistemas centrais e unitários - Parte 2: Parâmetros de conforto térmico;*

_ABNT NBR 16401-3: *Instalações de ar-condicionado - Sistemas centrais e unitários - Parte 3: Qualidade do ar interior.*

6.3. INSTALAÇOES DE CABEAMENTO ESTRUTURADO

O projeto de cabeamento estruturado visa atender as necessidades de um serviço adequado de voz e dados para a edificação. O Projeto Tipo 2 prevê tomadas RJ-45, incluindo os pontos destinados a telefones, e 2 pontos para acesso (AP-Access Point) para rede sem fio (WLAN – Wireless Local Área Network).

Deverá ser instalado um Rack de telecomunicações na sala específica para este fim conforme projeto. Dentro do Rack serão instalados os patch panel´s de dados e voz, Modems, roteadores e switch, devendo ser realizada uma organização de todo o sistema. Todos deverão ser testados e encontrar-se em perfeitas condições.

A solução de Sistema de Cabeamento a ser adotado é o Cat6, meio físico definido para atender as necessidades de Dados e Voz para as aplicações que teremos como tráfego.

Todo o sistema de cabeamento estruturado deverá ser instalado utilizando-se de MUTO (Mult User Telecomunication Outlet), ou seja, todos os cabos utp partindo do Rack de telecomunicações deverão ser terminados em um MUTO e através de Patch Cords RJ45/RJ45 encaminhar-se até a posição de atendimento. A mesma orientação se aplica aos cabos de interligação dos ramais telefônicos aos respectivos aparelhos, locando-os e identificando-os nas posições de trabalho, assim como também os demais componentes utilizados para a construção do sistema de cabeamento estruturado, utilizando-se de tal topologia de instalação.

Todo o cabeamento instalado deverá ser testado e certificado junto ao fabricante, onde devem ser especificadas todas as garantias e benefícios do sistema de cabeamento estruturado em questão por um prazo não inferior a 15 anos.

Para a conexão da porta do Patch Panel à porta do equipamento ativo será utilizado Patch Cord.

Tanto para dados quanto para voz, sendo utilizado Patch Cord RJ-45/RJ-45.

Para uma devida organização dos Patch Cord´s no Rack, serão instalados organizadores horizontais de cabos plásticos frontais e traseiros com 2U de altura ou solução que possua organizadores incorporados ao patch panel o que permitirá uma perfeita acomodação dos cabos de manobra bem como uma excelente organização e facilidade de manutenção. A conexão entre o conector RJ-45 fêmea à placa de rede do micro será feita com a utilização de Patch Cord RJ-45/RJ-45.

A identificação deverá ser aplicada nas duas extremidades do patch cord no rack e no patch panel. Para melhor visualização dos diferentes sistemas que estarão operando nos pavimentos, deverão ser seguidas as seguintes definições.

Para padronização da identificação e visualização no rack, teremos:

- Patch Cord Backbone: Branco
- Patch Cord Cascateamento: Vermelho
- Patch Cord Dados e Voz: Azul

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

A empresa deverá apresentar atestado emitido pelo fabricante do material utilizado, informando que é um integrador certificado /credenciado e capaz de atender o projeto e ao mesmo tempo informando que fornece garantia de produto e instalação de pelo menos 15 anos e de aplicação. Garantia que todos os equipamentos/software lançados hoje e no futuro e baseados nas normas de execução dos cabeamentos de categorias 5e e 6 utilizados são compatíveis com a solução adotada sob pena de re-execução o serviço sem nenhum custo de material ou serviço.

Referências: **TIPO2-ECE-PLB-GER0-01_R02**

6.3.1 Materiais e Processo Executivo

Generalidades

A execução dos serviços deverá obedecer:

- às prescrições contidas nas normas da ABNT, específicas para cada instalação;
- às disposições constantes de atos legais;
- às especificações e detalhes dos projetos; e
- às recomendações e prescrições do fabricante para os diversos materiais.

Eletrodutos e Eletrocalhas

Os eletrodutos de energia embutidos nos forros e paredes deverão ser de PVC flexível corrugado e os embutidos em lajes ou enterrados no solo serão de PVC rígido roscável e atendendo os diâmetros fixados em projeto.

Não poderão ser usadas curvas com deflexões menores que 90º.

Antes da enfiação todos os eletrodutos e caixas deverão estar convenientemente limpos e secos.

Nos eletrodutos sem fiação (secos) deverá ser deixado arame galvanizado n.º 18 AWG (Ø = 1,0 mm) como guia.

Nas juntas de dilatação o eletroduto deverá ser embuchado por tubo de maior diâmetro, garantindo-se continuidade e estanqueidade.

A cada duas curvas no eletroduto deverá ser utilizada uma caixa, sendo que todas devem possuir tampa.

Tanto as eletrocalhas como os seus acessórios deverão ser lisas ou perfuradas, fixadas por meio de pressão e por talas acopladas a eletrocalha, que facilitam a sua instalação.

Para terminações, emendas, derivações, curvas horizontais ou verticais e acessórios de conexão deverão ser empregadas peças pré-fabricadas com as mesmas características construtivas da eletrocalha.

As eletrocalhas deverão possuir resistência mecânica a carga distribuída mínima de 19 kgf/m para cada vão de 2 m.

A conexão entre os trechos retos e conexões das eletrocalhas deverão ser executados por mata juntas, com perfil do tipo “H”, visando nivelar e melhorar o acabamento entre as conexões e eliminar eventuais pontos de rebarba que possam comprometer a isolação dos condutores.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

As instalações (eletrodutos, caixas metálicas de passagem, tomadas, interruptores, quadros e luminárias, estruturas metálicas, dutos de ar condicionado) deverão ser conectadas ao condutor de proteção (TERRA).

Saídas e Tomadas

Serão utilizadas 2 tomadas RJ-45 Cat 6 uma para telefone e para lógica, de embutir, com espelho 4" x 2", os espelhos deverão ser da linha SIEMENS adotada para os acabamentos e as tomadas KRONE ou equivalente.

Conectorização : T-568-A para a RJ-45
Número de contatos : 8 para RJ-45
Tensão de isolação do dielétrico : 1000 VAC RMS 60 Hz
Tensão Admissível : 150 VAC 1,5A
Durabilidade : 750 ciclos
Resistência de contato : < 20 µ OHMS
Material dos contatos : Bronze fosforoso
Revestimento dos contatos : ouro 30 µ polegadas (mínimo)
Temperatura de operação : -40ºC a +70ºC
Material de revestimento interno : PVC - 94V-0

6.3.2. Ligações de Rede

Uma vez instalada a infraestrutura de Cabeamento Estruturado, fica a cargo do administrador da rede a instalação, configuração e manutenção da rede de computadores e telefonia. Como um exemplo da forma de instalação, sugere-se que, no armário de telecomunicações (rack), os ramais telefônicos provenientes do PABX sejam ligados na parte traseira do bloco 110. Os dois painéis (patch panels) superiores devem ser usados para fazer espelhamento do switch, ou seja, todas as portas do switch serão ligadas nas partes traseiras dos patch panels. Os dois patch panels inferiores receberão os pontos de usuários. Serão utilizados cabos de manobra (patch cords RJ-45/RJ-45 e RJ-45/110) para ligação dos pontos de usuários com os ramais telefônicos ou rede de computadores.

Todos os segmentos do cabeamento horizontal deverão ser identificados, ou seja, deverá ser identificado a extremidade de cada cabo que deverá interligar os patch panel aos pontos de consolidação, quando houverem, ou direto às tomadas nas áreas de trabalho, bem como, as extremidades dos cabos que interligarão as tomadas RJ-45 fêmeas aos PCs. Para identificação de todos os segmentos do cabeamento horizontal (patch cords, cabos UTP patch panels), deverá ser utilizadas etiquetas em vinil branco, impressão gerada por impressora portátil de termo-transferência com opção de comunicação com computador por porta USB, importação de dados de banco de dados ou planilha. Cartucho de etiquetas com auto reconhecimento da impressora, informando saldo de etiquetas restantes no cartucho.

Todos os pontos lógicos, deverão ser identificados na parte frontal dos patch panels, bem como, no porta etiqueta da caixa sobrepor responsável pela fixação das tomadas RJ-45 fêmeas, utilizando o mesmo princípio da identificação do cabeamento horizontal.

6.3.3. Conexão com a Internet

Para estabelecer conexão com a Internet, é preciso que o serviço seja fornecido por empresas fornecedoras/ provedoras de Internet. Atualmente, existem disponíveis diversos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

tipos de tecnologias de conexão com Internet, como por exemplo, conexão discada, ADSL, ADSL2, cable (a cabo), etc. Deverá ser consultado na região quais tecnologias estão disponíveis e qual melhor se adapta ao local.

O administrador da rede é responsável por definir qual empresa fará a conexão e a forma como será feita. O administrador também tem total liberdade para definir como será feito o acesso pelos computadores dentro do edifício.

6.3.4. Segurança de Rede

Devem ser montados sistemas de segurança e proteção da rede. Sugere-se que o acesso à Internet seja feita através de servidor centralizado e sejam instalados: Firewall, Servidores de Proxy, Anti-Virus e Anti-Malware e outros necessários. Também devem ser criadas sub-redes virtuais para separação de computadores críticos de computadores de uso público.

6.3.5. Opcional: Wireless Access Point

Fica a critério do proprietário a decisão de instalar ou não um ponto de acesso de rede sem fio (Wireless Access Point). O Access Point (AP) deverá ser compatível com o padrão IEEE 802.11g com capacidade de transmissão de, no mínimo, 54MBps.

O alcance do AP geralmente é maior que 15 metros, portanto é necessário que o administrador da rede tome as devidas providências de segurança da rede.

A tecnologia wireless (sem fios) permite a conexão entre diferentes pontos sem a necessidade do uso de cabos - seja ele telefônico, coaxial ou ótico - por meio de equipamentos que usam radiocomunicação (comunicação via ondas de rádio) ou comunicação via infravermelho. Basicamente, esta tecnologia permite que sejam conectados à rede os dispositivos móveis, tais como notebooks e laptops, e computadores que possuem interface de rede sem fio.

Os pontos de instalação dos Access Points estão definidos em projeto e preveem que sejam deixados um RJ-45 em nível alto (próximo ao teto, conforme detalhe do projeto). Mesmo que a opção seja a não instalação do AP, a tomada alta da sala de reuniões deverá ser instalada como previsão de aquisição do dispositivo em algum momento futuro.

6.3.6. Ligações de TV

As ligações de TV foram projetadas para o uso de uma antena externa do tipo "espinha de peixe", ligando os pontos através de cabo coaxial. A antena deve ser ajustada e direcionada de forma a conseguir melhor captação do sinal. Caso não haja disponibilidade deste tipo de antena, esta poderá ser substituída por equivalente, com desempenho igual ou superior.

No caso do prédio estar localizado em região cuja recepção do sinal de TV seja de má qualidade, deverá ser contratado o serviço de TV via satélite (antena parabólica) ou a cabo. A instalação ficará como responsabilidade da empresa Contratada, assim como a garantia da qualidade do sinal de TV recebido.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Está ainda previsto, via caixa externa a eventual utilização de rede cabeada (tipo NET) para os locais que disponham deste serviço.

6.3.7. Normas Técnicas Relacionadas

_ABNT NBR 9886: *Cabo telefônico interno CCI - Especificação;*

_ABNT NBR 10488: *Cabo telefônico com condutores estanhados, isolado com termoplástico e com núcleo protegido por capa APL - Especificação;*

_ABNT NBR 10501: *Cabo telefônico blindado para redes internas - Especificações;*

_ABNT NBR 11789: *Cabos para descida de antena, de formato plano, com isolação extrudada de polietileno termoplástico - Especificação;*

_ABNT NBR 12132: *Cabos telefônicos – Ensaio de compressão - Método de ensaio;*

_ABNT NBR 14088: *Telecomunicação - Bloco terminal de rede interna - Requisitos de desempenho;*

_ABNT NBR 14423: *Cabos telefônicos - Terminal de acesso de rede (TAR) - Requisitos de desempenho;*

_ABNT NBR 14424: *Cabos telefônicos – Dispositivo de terminação de rede (DTR) - Requisitos de desempenho;*

_ABNT NBR 14306: *Proteção elétrica e compatibilidade eletromagnética em redes internas de telecomunicações em edificações - Projeto;*

_ABNT NBR 14373: *Estabilizadores de tensão de corrente alternada - Potência até 3 kVA/3 kW;*

_ABNT NBR 14565: *Cabeamento de telecomunicações para edifícios comerciais;*

_ABNT NBR 14662: *Unidade de supervisão de corrente alternada (USCA), quadra de transferência automática (QTA) e quadro de serviços auxiliares (QSA) tipo 1 - Requisitos gerais para telecomunicações;*

_ABNT NBR 14691: *Sistemas de subdutos de polietileno para telecomunicações - Determinação das dimensões*;

_ABNT NBR 14770: *Cabos coaxiais rígidos com impedância de 75 Ω para redes de banda larga - Especificações*;

_ABNT NBR 14702: *Cabos coaxiais flexíveis com impedância de 75 Ω para redes de banda larga - Especificação;*

_ABNT NBR 15142: *Cabo telefônico isolado com termoplástico e núcleo protegido por capa APL, aplicado para transmissão de sinais em tecnologia xDSL;*

_ABNT NBR 15155-1: *Sistemas de dutos de polietileno para telecomunicações - Parte 1: Dutos de parede lisa - Requisitos;*

_ABNT NBR 15204: *Conversor a semicondutor - Sistema de alimentação de potência ininterrupta com saída em corrente alternada (nobreak) - Segurança e desempenho;*

_ABNT NBR 15214: *Rede de distribuição de energia elétrica - Compartilhamento de infraestrutura com redes de telecomunicações;*

_ABNT NBR 15715: *Sistemas de dutos corrugados de polietileno (PE) para infraestrutura de cabos de energia e telecomunicações - Requisitos;*

_TB-47: *Vocábulo de termos de telecomunicações.*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

6.4. INSTALAÇÕES DE SISTEMA DE EXAUSTÂO

O projeto de exaustão por ventilação mecânica para as instalações da área de serviço justifica-se pela necessidade de atendimento às condições de purificação e renovação do ar, por se tratarem de ambientes de descarga de gases nocivos, provenientes da queima do GLP, e partículas de resíduos alimentares.

A alternativa tecnológica para a exaustão de ar adotada foi a de exaustão dutada, impulsionada por ventilação mecânica de exaustores axiais. Esta solução se faz necessária na cozinha.

Na cozinha o ponto de maior emissão de resíduos se localiza sobre os fogões. Deverão ser alocados captadores de exaustão tipo coifa de ilha, centralizados com relação ao fogão, respeitando as dimensões de equipamentos e instalações indicados no projeto.

O acionamento dos exaustores comandado por interruptor simples foi descriminado no projeto de instalações elétricas. Respeitar as observações para a saída do ar no duto, que constam no projeto e as normas de instalação de tubulações e dutos industriais de fluxo.

Referências: **TIPO2-EEX-PLC-SER0-01_R02**

6.4.1. Materiais e Processo Executivo

Generalidades

A execução dos serviços deverá obedecer:

- às prescrições contidas nas normas da ABNT, específicas para cada instalação;
- às disposições constantes de atos legais;
- às especificações e detalhes dos projetos; e
- às recomendações e prescrições do fabricante para os diversos materiais.

Coifas

O início do sistema é composto pela coifa ou captor, que fica instalado acima e abrangendo toda a área dos equipamentos de fritura e cozimento dos alimentos.

As coifas serão construídas em Aço Inoxidável ANSI 304 com o mínimo de 0,94mm de espessura. Conterá filtro metálico removível para retenção de gordura.

A construção da coifa deve permitir o fácil acesso para limpeza dos mesmos, evitando-se pontos de passagem ou acúmulo de gordura em locais inacessíveis.

Todo o perímetro das coifas e as partes inferiores dos suportes dos filtros devem dispor de calhas coletoras dotadas de drenos tamponados para remoção eficiente de gordura e condensados, no mesmo material da coifa.

As distância vertical entre o equipamento de cocção e a borda inferior dos filtros deve ser superior a 0,75m, já a altura entre a borda inferior da coifa e a superfície de cocção não deverá ultrapassar a 1,20m.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Rede de dutos

Os dutos são utilizados para conduzir os gases e vapores, e serão confeccionados em Aço Inoxidável ANSI 304 com no mínimo 1,09mm de espessura. Todas as juntas longitudinais e as seções transversais devem ser soldadas e totalmente estanques a vazamentos de líquidos.

A sustentação dos dutos deve ser feita por perfilados metálicos dimensionados para atender às necessidades estruturais e da operação de limpeza dos mesmos.

Sempre que possível, os dutos devem ser montados de modo a manter a declividade no sentido da coifa, de forma a facilitar a operação de limpeza dos mesmos.

Deverá ser instalado um *damper* corta-fogo com acionamento eletromecânico na fronteira interna da fachada do duto de exaustão.

Ventiladores

Os ventiladores devem atender aos requisitos operacionais do sistema de ventilação na condição real da instalação.

As conexões dos ventiladores aos dutos de aspiração e descarga devem ser flangeadas e aparafusadas com o uso de elementos flexíveis. O material da conexão flexível deve ser incombustível e estanque a líquidos na superfície interna e com características mecânicas próprias para operar em equipamento dinâmico. Suas emendas longitudinais, além de estanques, devem ser transpassadas de no mínimo 75 mm. O material empregado deve propiciar no mínimo uma resistência ao fogo de 1 h.

O conjunto motor ventilador deve ser montado sobre amortecedores de vibração que garantam a absorção e o isolamento da vibração para a estrutura de apoio em níveis que não comprometam a integridade da estrutura e que não causem incômodo a terceiros.

Ventiladores com carcaça tubular e fluxo axial devem ser de acionamento indireto, com o motor e toda a instalação elétrica fora do fluxo de ar de exaustão. Os elementos de transmissão devem estar enclausurados e protegidos contra infiltração de gordura.

A carcaça do ventilador deve ser de construção soldada em chapa de aço inoxidável com no mínimo 1,09 mm de espessura. Os ventiladores devem ser dotados de dreno e porta de inspeção.

O compartimento onde for instalado o ventilador deve ser facilmente acessível e ter dimensões suficientes para permitir os serviços de manutenção, limpeza e eventual remoção, incluindo plataforma nivelada para execução dos serviços.

Todos os ventiladores instalados em paredes internas ou externas devem ser facilmente acessados com a utilização de uma escada de no máximo 2,0 m de altura, ou possuir uma plataforma de trabalho sob o ventilador ao qual se possa ter acesso com a utilização de uma escada de no máximo 6 m.

Toda instalação elétrica deve atender à NBR 5410, sendo que os motores elétricos devem ser do tipo totalmente fechados com ventilação externa (TFVE) e com grau de proteção mínimo IP 54 e classe B ou F de isolamento elétrico.

O ventilador será instalado no final da rede de dutos com a finalidade de diminuir o número de conexões pressurizadas, exceto nos casos dos ventiladores incorporados aos despoluidores atmosféricos ou extratores de gordura.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

6.4.2. Normas Técnicas Relacionadas

_ABNT NBR 14518: *Sistemas de ventilação para cozinhas profissionais.*

Normas Internacionais:

Normas ASHRAE (American Society of Heating, Refrigerating and Air Conditioning Engineers): ASHRAE Standard 62/1989 - Ventilation for Acceptable Indoor Air Quality).

6.5. INSTALAÇÕES DE SISTEMA DE PROTEÇÃO CONTRA DESCARGAS ATMOSFÉRICAS

São sistemas ou dispositivos destinados a evitar os danos decorrentes dos efeitos das descargas atmosféricas diretas ou indiretas.

Referências: **TIPO2-EDA-PLD-GER0-01-03_R02**

6.5.1. Materiais e Processo Executivo

Generalidades

A execução dos serviços deverá obedecer:

- às prescrições contidas nas normas da ABNT, específicas para cada instalação;
- às disposições constantes de atos legais;
- às especificações e detalhes dos projetos; e
- às recomendações e prescrições do fabricante para os diversos materiais.

Materiais

Os materiais utilizados nestas instalações serão resistentes à corrosão ou convenientemente protegidas. Onde houver gases corrosivos na atmosfera, o uso do cobre é obrigatório.

Captores Tipo Franklin

Serão de aço inoxidável com base em latão com as seguintes características:
- Altura: 300 ou 350mm;
- Número de pontas: 4 (quatro);
- Número de descidas:2 (duas).

Terminais Aéreos

Serão de aço galvanizado com as seguintes características:
- Altura: 600mm;
- Diâmetro: 10mm (3/8”);
- Fixação: horizontal, vertical, rosca mecânica ou rosca soberba.

Mastros

Serão de aço galvanizado do tipo simples.
- Altura: 300 mm;
- Diâmetro: 50mm (2”).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Gaiola de Faraday

Consiste no lançamento de cabos horizontais, sobre a cobertura da edificação, de acordo como nível de proteção conforme NBR. Essa malha percorrerá toda a periferia da cobertura, bem como as periferias da casa de máquinas, caixa da escada e do reservatório superior.

Disposições construtivas

Toda a instalação de para-raios será constituída de captores de descidas e de eletrodos de terra.

Na execução das instalações, além dos pontos mais elevados das edificações, serão considerados, também, a distribuição das massas metálicas, tanto exteriores como interiores, bem como as condições do solo e do subsolo.

Não é permitida a presença de materiais inflamáveis nas imediações das instalações de para-raios.

Todas as instalações terão bom acabamento, com os seus captores e descidas cuidadosamente instalados e firmemente ligados às edificações, formando com a ligação à terra um conjunto eletro-mecânico satisfatório.

A fixação dos captores e das descidas será executada com o auxílio de peças exteriores e visíveis. Esta fixação não deverá impedir qualquer reparação nas edificações e será protegida, no seu engastamento, contra infiltrações de água de chuva e depredações.

6.5.2. Materiais e Processo Executivo

_ABNT NBR 5419: *Proteção de estruturas contra descargas atmosféricas;*

_ABNT NBR 13571: *Haste de aterramento aço cobreado e acessórios.*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

7. ANEXOS

7.1. TABELA DE DIMENSÕES E ÁREAS

Bloco A			
Quantidade	**Ambientes**	**Dimensões Internas (CxLxH)**	**Áreas Úteis (m²)**
01	Hall	4,30 x 6,40 x 3,00	29,10
01	Circulação Interna	-	63,63
01	Administração	6,00 x 3,20 x 2,70	19,20
01	Sala dos Professores/ reuniões	6,00 x 2,70 x 2,70	16,20
02	Sanitários adultos acessíveis (feminino e masculino)	1,80 x 1,60 x 2,70	2,88 (x 2)
01	Circulação	2,09 x 1,75 x 2,70	3,66
Total Área Administrativa			**121,35**
01	Fraldário	4,80 x 2,60 x 2,70	12,35
01	Depósito	1,30 x 2,60 x 2,70	3,38
01	Amamentação	2,40 x 3,00 x 2,70	7,50
01	Salas de atividades – Creche 1	6,00 x 5,95 x 3,00	35,70
01	Solário	-	26,93
Total Área Pedagógica			**85,86**
01	Higienização	1,80 x 2,50 x 3,00	4,49
01	Lactário	3,00 x 2,50 x 2,70	7,50
01	Circulação	-	3,72
01	Copa Funcionários	-	11,15
01	Lavanderia	2,95 x 2,50 x 2,70	7,36
01	Rouparia	1,95 x 2,10 x 2,70	4,10
02	Vestiários Feminino e Masculino	1,95 x 1,80 x 2,70	3,51 (x 2)
01	Cozinha	-	35,19
01	Despensa	3,35 x 1,80 x 3,00	6,03
01	Varanda de Serviço / D.M.L.	-	27,66
Total Área de Serviços			**114,22**
TOTAL BLOCO A			**321,43**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Bloco B			
Quantidade	**Ambientes**	**Dimensões Internas (CxLxH)**	**Áreas Uteis (m²)**
01	Sala de Atividades - Creche 2	6,00 x 5,95 x 3,00	35,63
01	Sanitário Infantil 1	6,25 x 2,60 x 3,00	16,02
01	Sanitário PCD infantil	2,50 x 3,00 x 3,00	7,50
01	Sala de Atividades - Creche 3	-	35,51
01	Sala Multiuso	6,00 x 6,40 x 3,00	38,40
02	Solário	-	26,93 (x2)
01	Circulação	-	75,35
01	S.I./ Telefonia / Elétrica	-	0,85
01	Almoxarifado	3,00 x 2,50 x 3,00	7,50
01	Sala de Atividades – Pré-escola 2	-	35,58
02	Sanitário Infantil 2	-	16,02
01	Sala de Atividades – Pré-escola 1	6,00 x 5,95 x 3,00	35,70
TOTAL BLOCO B			**357,92**

Demais Espaços			
Quantidade	**Ambientes**	**Dimensões Internas (LxPxH)**	**Áreas Uteis (m²)**
01	Pátio Coberto/Refeitório	-	85,86
01	Parquinho – playground externo	-	60,18
01	Castelo D'Água	∅1,43 x 9,60	1,60
Total Demais Espaços			**147,64**

Área Construída Proinfância Tipo 2	**775,85 m²**
Área Ocupada Proinfância Tipo 2	**891,68 m²**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

7.2. TABELA DE ESPECIFICAÇÕES DE LOUÇAS E METAIS

Bloco A	
Sanitários Adultos Acessíveis Feminino e Masculino	
02	Bacia sanitária convencional, DECA ou equivalente com acessórios.
02	Papeleira de sobrepor interfolhado.
02	Ducha higiênica com registro e derivação, DECA ou equivalente.
02	Válvula de descarga com acionamento por alavanca.
02	Lavatório de canto suspenso, DECA ou equivalente.
02	Torneira para lavatório com acionamento por alavanca.
02	Dispenser toalha, Melhoramentos ou equivalente.
02	Saboneteira, Melhoramentos ou equivalente.
04	Barra de apoio, aço inox polido, DECA ou equivalente.
04	Barra de apoio, aço inox polido, DECA ou equivalente.
02	Barra de apoio, aço inox polido, DECA ou equivalente.
02	Espelho cristal 4mm sem moldura, dimensões 50x90cm.
Higienização e Lactário	
01	Cuba de embutir oval cor branco gelo, DECA ou equivalente.
01	Torneira para lavatório de mesa bica baixa, DECA ou equivalente.
01	Dispenser toalha, Melhoramentos ou equivalente.
01	Saboneteira, Melhoramentos ou equivalente.
02	Cabide metálico, Deca ou equivalente.
01	Cuba de embutir em aço inoxidável completa, dimensões 40x34x17cm.
01	Torneira para cozinha de mesa bica móvel, DECA ou equivalente.
Fraldários	
02	Bacia convencional Studio Kids, DECA ou equivalente com acessórios.
02	Válvula de descarga com duplo acionamento.
02	Lavatório pequeno, DECA ou equivalente.
02	Torneira para lavatório de mesa bica baixa, DECA ou equivalente
04	Torneira elétrica com mangueira plástica Fortti Maxi, LORENZETTI, ou equivalente.
02	Torneira de parede de uso geral para tanque ou jardim.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

04	Banheira plástica rígida, 77x45x20cm de embutir, Burigotto ou equivalente.
02	Dispenser toalha, Melhoramentos ou equivalente.
02	Saboneteira, Melhoramentos ou equivalente.
08	Cabide metálico, Deca ou equivalente.
02	Barra de apoio, aço inox polido, DECA ou equivalente.
02	Barra de apoio nos chuveiros, aço inox polido.
02	Chuveiro com desviador para duchas elétricas, LORENZETTI ou equivalente.
02	Tanque de louça 40l, cor branco gelo, DECA, ou equivalente.
Amamentação	
01	Lavatório pequeno cor branco gelo, com coluna suspensa, DECA, ou equivalente.
01	Torneira para lavatório de mesa bica baixa, DECA, ou equivalente.
01	Dispenser toalha, Melhoramentos ou equivalente.
01	Saboneteira, Melhoramentos ou equivalente.
Lavanderia	
02	Tanque de louça 40l, cor branco gelo, DECA, ou equivalente.
02	Torneira de parede de uso geral para tanque ou jardim.
Vestiários feminino e masculino	
02	Bacia sanitária convencional, DECA, ou equivalente com acessórios.
02	Espelho cristal 4mm sem moldura, dimensões 50x80cm.
02	Papeleira metálica, DECA ou equivalente.
02	Válvula de descarga com duplo acionamento.
02	Chuveiro com desviador para duchas elétricas, LORENZETTI ou equivalente.
02	Acabamento para registro pequeno, DECA ou equivalente
02	Cuba de embutir oval cor branco gelo, DECA, ou equivalente.
02	Torneira para lavatório de mesa bica baixa, DECA, ou equivalente.
02	Dispenser toalha, Melhoramentos ou equivalente.
02	Saboneteira, Melhoramentos ou equivalente.
Cozinha	
05	Cuba de embutir em aço inoxidável completa, dimensões 50x40x20cm.
01	Cuba de embutir em aço inoxidável completa, dimensões 60x50x40cm.
04	Torneira para cozinha de mesa bica móvel, DECA, ou equivalente.
02	Torneira elétrica, LORENZETTI ou equivalente.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

01	Torneira para lavatório de mesa bica baixa, DECA, ou equivalente
01	Torneira de parede de uso geral para tanque ou jardim.
01	Dispenser toalha, Melhoramentos ou equivalente.
01	Saboneteira, Melhoramentos ou equivalente.
01	Lavatório pequeno cor branco gelo, DECA, ou equivalente.
Varanda de Serviço/ D.M.L.	
03	Torneira de parede de uso geral para tanque ou jardim.
01	Cuba de embutir em aço inoxidável completa, dimensões 50x40x20cm.
01	Tanque de louça 40l, cor branco gelo, DECA, ou equivalente.
Solários	
01	Tanque de louça 40l, cor branco gelo, DECA, ou equivalente.
01	Torneira de parede de uso geral para tanque ou jardim.

Bloco B	
Sanitário PCD infantil	
01	Bacia convencional Studio Kids, DECA, ou equivalente com acessórios.
01	Válvula de descarga com acionamento por alavanca.
01	Ducha higiênica com registro e derivação, DECA, ou equivalente.
01	Papeleira de sobrepor interfolhado.
01	Lavatório de canto suspenso, DECA ou equivalente.
01	Torneira para lavatório com acionamento por alavanca.
01	Dispenser toalha, Melhoramentos ou equivalente.
01	Saboneteira, Melhoramentos ou equivalente.
03	Barra de apoio, aço inox polido, DECA ou equivalente.
02	Barra de apoio, aço inox polido, DECA ou equivalente.
03	Barra de apoio, aço inox polido, DECA ou equivalente.
01	Cadeira articulada para banho conforto, DECA, ou equivalente.
01	Chuveiro com desviador para duchas elétricas, LORENZETTI ou equivalente.
01	Acabamento para registro pequeno, DECA ou equivalente.
01	Cabide metálico, Deca ou equivalente.
01	Espelho cristal 4mm sem moldura, dimensões 50x90cm.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Sanitário Infantil 1	
03	Bacia convencional Studio Kids, DECA, ou equivalente com acessórios.
03	Válvula de descarga com duplo acionamento.
03	Ducha higiênica com registro e derivação, DECA, ou equivalente.
01	Barra de apoio nos chuveiros, aço inox polido.
01	Barra de apoio, aço inox polido, DECA ou equivalente.
04	Cuba de embutir oval cor branco gelo, DECA, ou equivalente.
04	Torneira para lavatório de mesa bica baixa, DECA, ou equivalente.
02	Chuveiro com desviador para duchas elétricas, LORENZETTI ou equivalente.
02	Acabamento para registro pequeno, DECA ou equivalente.
03	Papeleira metálica, DECA ou equivalente.
02	Dispenser toalha, Melhoramentos ou equivalente.
02	Saboneteira, Melhoramentos ou equivalente.
03	Cabide metálico, Deca ou equivalente.
04	Espelho cristal 4mm sem moldura, dimensões 40x50cm.
Solários	
04	Cuba de embutir em aço inoxidável completa, dimensões 40x34x17cm.
08	Torneira para cozinha de mesa bica móvel, DECA, ou equivalente.
Sanitário Infantil 2	
04	Bacia convencional Studio Kids, DECA, ou equivalente com acessórios.
04	Válvula de descarga com duplo acionamento.
04	Ducha higiênica com registro e derivação, DECA, ou equivalente.
01	Barra de apoio nos chuveiros, aço inox polido.
01	Barra de apoio, linha conforto, aço inox polido, DECA ou equivalente.
04	Cuba de embutir oval cor branco gelo, DECA, ou equivalente.
04	Torneira para lavatório de mesa bica baixa, DECA, ou equivalente.
02	Chuveiro com desviador para duchas elétricas, LORENZETTI ou equivalente.
02	Acabamento para registro pequeno, DECA ou equivalente.
04	Papeleira metálica, DECA ou equivalente.
02	Dispenser toalha, Melhoramentos ou equivalente.
02	Saboneteira, Melhoramentos ou equivalente.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

03	Cabide metálico, Deca ou equivalente.
04	Espelho cristal 4mm sem moldura, dimensões 40x50cm.

Demais Áreas

Pátio Coberto / Refeitório

02	Cuba de embutir oval cor branco gelo, DECA, ou equivalente.
02	Torneira para lavatório de mesa bica baixa, DECA,ou equivalente.
01	Dispenser toalha, Melhoramentos ou equivalente.
01	Saboneteira, Melhoramentos ou equivalente.

Áreas externas / jardim / Circulação

04	Torneira de parede de uso geral com bico para mangueira, DECA, ou equivalente.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

7.3. TABELA DE ESQUADRIAS

PORTAS DE MADEIRA				
Código	**Quantidade**	**Dimensões Internas (LxH)**	**Tipo**	**Ambiente**
PM 1	06	0,70x 2,10	01 folha, de abrir, lisa, em madeira, com chapa metálica.	Sanitários infantis / Vestiários
PM 2	03	0,80x 2,10	01 folha, de abrir, com veneziana, em madeira.	Despensa/Almoxarifado/Rouparia/Lavanderia
PM 3	06	0,82x 2,10	01 folha, de abrir, em madeira, c/ chapa e barra metálica.	Sanitários PCD Infantis/ Sanitários PCD adultos/ Administração/ Sala Professores/ Amamentação
PM 4	03	0,80x 2,10	01 folha, de abrir, lisa, em madeira, com chapa metálica.	Lactário / Copa / Cozinha
PM 5	05	0,82x 2,10	01 folha, de abrir, em madeira, c/ visor de vidro, chapa e barra metálica.	Salas de atividades: Creches 1, 2, 3/ Pré- escola 1 e 2
PM 6	04	0,60x 1,00	01 folha, de abrir, lisa, em madeira, com revestimento em laminando melamínico.	Sanitários Infantis

PORTAS DE VIDRO				
Código	**Quantidade**	**Dimensões Internas (LxH)**	**Tipo**	**Ambiente**
PV 1	01	1,75 x 2,30	02 folhas, de abrir, em vidro temperado.	Hall

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

PORTAS DE ALUMINIO				
Código	**Quantidade**	**Dimensões Internas (LxH)**	**Tipo**	**Ambiente**
PA 1	01	1,00 x 2,10	01 folha, de abrir, em alumínio, com vidro e veneziana.	Cozinha
PA2	01	0,80 x 2,10	01 folha, de abrir, em alumínio, com veneziana.	Copa dos funcionários
PA3	01	1,60 x 2,10	02 folhas, de abrir, com veneziana.	S.I./ Telefone / Elétrica
PA4	07	4,50 x 2,10 + 0,55	04 folhas, de correr com vidro temperado e bandeira superior fixa.	Salas de atividades: Creches 1, 2, 3/ Pré- escola 1 e 2
PA5	01	1,20 x 1,70	02 folhas de abrir, com veneziana.	Depósito de gás

PORTÕES METÁLICOS				
Código	**Quantidade**	**Dimensões Internas (LxH)**	**Tipo**	**Ambiente**
PO 1	02	1,50 x 2,10	02 folhas, de correr.	Acesso principal
PO 2	02	1,00 x 2,00	02 folhas, de abrir.	Pátio de serviço
PO 3	01	3,20 X 2,00	02 folhas, de abrir.	Acesso de serviço
PF 1	01	1,00 + 0,35 X 2,10	01 folha de abrir com chapa metálica.	Varanda de serviço
PF 2	02	1,00 + 0,35 X 0,90	01 folha de abrir com chapa metálica.	Solários

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

JANELAS DE ALUMÍNIO				
Código	**Quantidade**	**Dimensões Internas (LxH)**	**Tipo**	**Ambiente**
JA 1	01	0,70 x 1,25	guilhotina	Lactário
JA 2	01	1,10 x 1,95	guilhotina	Cozinha
JA 3	01	1,40 x 1,15	fixa	Amamentação
JA 4	01	1,40 x 1,95	guilhotina	Cozinha
JA 5	01	2,00 x 1,08/ 1,28	fixa	Administração
JA 6	01	2,10 x 0,50	maxim-ar	Depósito
JA 7	08	2,10 x 0,75	maxim-ar	Sanitários Infantis, Fraldários, Copa funcionários, Lavanderia, Despensa, Cozinha
JA 8	04	2,10 x 1,00	maxim-ar	Amamentação, Sanitário PCD Infantil, Almoxarifado e Lactário
JA 9	02	2,10 x 1,50	maxim-ar	Administração / Sala dos Professores
JA 10	02	0,70 x 0,75	maxim-ar	Sanitários PCD feminino e masculino
JA 11	05	1,40 x 0,75	maxim-ar	Cozinha, Vestiários feminino e masculino, Rouparia
JA 12	02	4,20 x 0,50	maxim-ar	Creche 3/ Pré-escola 2
JA 13	03	5,60 x 1,00	maxim-ar	Creches 1, 2/ Pré-escola 1
JA 14	02	1,60 x 0,85	fixa	Sanitário Infantil 1

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

7.4. LISTAGEM DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS

Nome do arquivo	Título
TIPO2-ARQ-MED-01_R02	Memorial Descritivo de Arquitetura
TIPO2-PLN-AT-S127-_R02	Planilha Orçamentária sapatas 127V-220V
TIPO2-PLN-AT-B127_R02	Planilha Orçamentária blocos 127V-220V
TIPO2-PLN-AT-S220_R02	Planilha Orçamentária sapatas 220 V
TIPO2-PLN-AT-B220_R02	Planilha Orçamentária blocos 220 V

PRODUTOS GRÁFICOS - ARQUITETURA – 35 pranchas

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-ARQ-IMP-GER0-01_R02	Implantação	1:75
TIPO2-ARQ-PLB-GER0-02_R02	Planta Baixa	1:75
TIPO2-ARQ-LYT-GER0-03_R02	Planta Baixa Layout – Mobiliário	1:75
TIPO2-ARQ-LYT-GER0-04_R02	Planta Baixa Layout – Equipamento	1:75
TIPO2-ARQ-CRT-GER0-05_R02	Cortes AA, BB e CC	1:75
TIPO2-ARQ-CRT-GER0-06_R02	Cortes DD e EE e Detalhes	indicada
TIPO2-ARQ-FCH-GER0-07_R02	Fachadas 01 e 02	indicada
TIPO2-ARQ-FCH-GER0-08_R02	Fachadas 03, 04, 05, 06 e Detalhes	indicada
TIPO2-ARQ-PGP-GER0-09_R02	Paginação de Piso	1:75
TIPO2-ARQ-FOR-GER0-10_R02	Planta de Forro	indicada
TIPO2-ARQ-COB-GER0-11_R02	Planta de Cobertura	1:75
TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-12_R02	Esquadrias – Detalhamento - Portas	indicada
TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-13_R02	Esquadrias – Detalhamento – Portas	indicada
TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-14_R02	Esquadrias – Detalhamento – Janelas	indicada
TIPO2-ARQ-ESQ-GER0-15_R02	Esquadrias – Detalhamento – Janelas	indicada
TIPO2-ARQ-PCD-GER0-16_R02	Detalhamento – Mastros para bandeiras e Rampa	indicada
TIPO2-ARQ-PLE-PRT0-17_R02	Portão e Muros – Planta e Elevação	indicada
TIPO2-ARQ-PCD-RFR0-18_R02	Complemento para Regiões Frias	indicada
TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-19_R02	Ampliação Bloco A - Fraldário	indicada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-20_R02	Ampliação Bloco A – Lactário e Sanitários PCD	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-21_R02	Ampliação Bloco A – Lava mãos e Solários	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-22_R02	Ampliação Bloco A – Creche 1 e Amamentação	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-23_R02	Ampliação Bloco A - Cozinha	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-24_R02	Ampliação Bloco A - Cozinha	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-25_R02	Ampliação Bloco A – Despensa e Vestiários	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCA-26_R02	Ampliação Bloco A – Lavanderia e Rouparia	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-27_R02	Ampliação Bloco B – Sanitário Infantil 1	indicada
TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-28_R02	Ampliação Bloco B – Sanitário Infantil 2	indicada
TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-29_R02	Ampliação Bloco B – Sanitário PCD Infantil e Almoxarifado	indicada
TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-30_R02	Ampliação Bloco B – Solários	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-31_R02	Ampliação Bloco B – Creche 2	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-32_R02	Ampliação Bloco B – Creche 3	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-33_R02	Ampliação Bloco B – Pré-escola 1	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-34_R02	Ampliação Bloco B – Pré-escola 2	1:25
TIPO2-ARQ-AMP-BLCB-35_R02	Ampliação Bloco B – Sala Multiuso	1:25

PRODUTOS GRÁFICOS - ESTRUTURA – 27 pranchas

Estrutura de Concreto – 17 pranchas

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-SFN-PLB-GER0-01_R02	Fundação Indireta - Opção 1: Blocos sobre estacas - Locação de obra e planta de cargas	indicada
TIPO2-SFN-PLD-GER0-02_R02	Fundação Indireta - Opção 1: Blocos sobre estacas – Detalhamento dos blocos	indicada
TIPO2-SFS-PLD-GER0-03_R02	Fundação Direta - Opção 2: Fundação sapatas – Locação de obra e planta de cargas	1:75
TIPO2-SFS-PLD-GER0-04_R02	Fundação Direta - Opção 2: Fundação sapatas – Detalhamento das sapatas	indicada
TIPO2-SFS-PLD-GER0-05_R02	Fundação Direta - Opção 2: Fundação sapatas – Detalhamento das sapatas	indicada
TIPO2-SCF-PLB-N000-06_R02	Planta de formas – Nível 000	1:75
TIPO2-SCV-PLD-N000-07_R02	Vigas nível 000 – Forma e armação	indicada
TIPO2-SCV-PLD-N000-08_R02	Vigas nível 000 – Forma e armação	indicada
TIPO2-SCV-PLD-N000-09_R02	Vigas nível 000 – Forma e armação	indicada
TIPO2-SCP-PLD-N000-10_R02	Pilares nível 000 – Forma e armação	indicada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

TIPO2-SCF-PLB-N310-11_R02	Planta de formas – Nível 310	1:75
TIPO2-SCV-PLD-N310-12_R02	Vigas nível 310 – Forma e armação	indicada
TIPO2-SCV-PLD-N310-13_R02	Vigas nível 310 – Forma e armação	indicada
TIPO2-SCV-PLD-N310-14_R02	Vigas nível 310 – Forma e armação	Indicada
TIPO2-SFN-PLD-RES0-15_R02	Reservatório – Detalhamento da fundação	Indicada
TIPO2-SCO-PLD-MUR0-16_R02	Muro frontal – Forma e armação	Indicada
TIPO2-SCO-PLD-GAS0-17_R02	Abrigo de gás – Forma e armação	Indicada

Estrutura Metálica – 10 pranchas

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-SMT-COB-GER0-01_R02	Estrutura da cobertura – locação das bases	1:75
TIPO2-SMT-PLE-BLCA-02_R02	Estrutura de cobertura, forro e elevações – Bloco A	1:75
TIPO2-SMT-PLE-BLCB-03_R02	Estrutura de cobertura, forro e elevações – Bloco B	1:75
TIPO2-SMT-PLE-BLCC-04_R02	Estrutura de cobertura, forro e elevações – Bloco C – Pátio coberto	indicada
TIPO2-SMT-PLE-GER0-05_R02	Planta da cobertura – Calhas – Bloco A, Bloco B e Bloco C	1:75
TIPO2-SMT-AMP-GER0-06_R02	Ampliações das tesouras	indicada
TIPO2-SMT-DET-GER0-07_R02	Detalhes Construtivos	indicada
TIPO2-SMT-DET-GER0-08_R02	Detalhes Construtivos	indicada
TIPO2-SMT-COB-GER0-09_R02	Planta de telhas e elevações – Bloco A, Bloco B e Bloco C	1:75
TIPO2-SMT-DET-GER0-10_R02	Detalhes Construtivos	Indicada

PRODUTOS GRÁFICOS – HIDRÁULICA – 21 pranchas

Instalação de Água Fria – 9 pranchas

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-HAG-PLB-GER0-01_R02	Lançamento da Rede – Planta Baixa	1:75
TIPO2-HAG-PLB-GER0-02_R02	Indicação dos Detalhes Isométricos	1:75
TIPO2-HAG-PLD-GER0-03_R02	Indicação dos Detalhes Cortes e Detalhes Isométricos H1 a H6	1:75
TIPO2-HAG-MOD-GER0-04_R02	Detalhes Isométricos – H7 ao H23	1:25
TIPO2-HAG-MOD-GER0-05_R02	Detalhes Isométricos – H24 ao H35	1:25
TIPO2-HAG-DET-GER0-06_R02	Detalhes Cortes – C1 ao C23	1:25
TIPO2-HAG-DET-GER0-07_R02	Detalhes Cortes – C24 ao C31	1:25
TIPO2-HAG-DET-GER0-08_R02	Detalhe Reservatório	indicada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Instalação de Águas Pluviais – 3 pranchas

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-HAP-PLB-GER0-01_R02	Pontos de coleta e transposição – Cobertura	1:75
TIPO2-HAP-DET-GER0-02_R02	Detalhes – S1 ao S7	1:25
TIPO2-HAP-PLB-GER0-03_R02	Lançamento da Rede – Planta do Térreo	1:75

Instalação de Esgoto Sanitário – 5 pranchas

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-HEG-PLB-GER0-01_R02	Planta de lançamento da rede	1:75
TIPO2-HEG-PLB-GER0-02_R02	Planta de indicação de detalhes	1:75
TIPO2-HEG-DET-GER0-03_R02	Detalhes – S1 ao S7	1:25
TIPO2-HEG-DET-GER0-04_R02	Detalhes – S8 ao S10	1:25
TIPO2-HEG-PLD-GER0-05_R02	Detalhes e pontos de ventilação – S11 ao S13	indicada

Instalação de Gás Combustível - 1 prancha

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-HGC-PLD-GER0-01_R02	Abrido do Gás - Plantas e Detalhes	indicada

Sistema de Proteção contra Incêndio – 3 pranchas

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-HIN-PLB-GER0-01_R02	Lançamento da Rede de Hidrantes – Planta Baixa do térreo	1:100
TIPO2-HIN-PLD-GER0-02_R02	Detalhes Isométricos e Detalhes Construtivos	indicada
TIPO2-HIN-PLD-GER0-03_R02	Sinalização e Iluminação de Emergência	indicada

PRODUTOS GRÁFICOS – ELÉTRICA – 10 pranchas

Instalações Elétricas – 127V-220V – 2 pranchas

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-ELE-PLB-GER0-01-127V-220V_R02	Planta de distribuição da rede elétrica - 127V-220V	1:75
TIPO2-ELE-DIG-GER0-02-127V-220V_R02	Quadro de Cargas e Detalhes – 127V-220V	indicada

Instalações Elétricas – 220 V – 2 pranchas

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-ELE-PLB-GER0-01-220V_R02	Planta de distribuição da rede elétrica - 220V	1:75
TIPO2-ELE-DIG-GER0-02-220V_R02	Quadro de Cargas e Detalhes – 220V	indicada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

Sistema de Proteção contra Descargas Atmosféricas – 3 pranchas

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-EDA-PLB-GER0-01_R02	Planta Baixa do Térreo	1:75
TIPO2-EDA-COB-GER0-02_R02	Planta de Cobertura	1:75
TIPO2-EDA-DET-GER0-03_R02	Detalhes Construtivos	indicada

Instalações de Climatização – 1 prancha

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-ECL-PLB-GER0-01_R02	Lançamento da rede de dreno de ar condicionado	1:75

Instalação de Cabeamento Estruturado – 1 prancha

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-ECE-PLB-GER0-01_R02	Lançamento da rede lógica	1:75

Sistema de Exaustão – 1 prancha

Nome do arquivo	Título	Escala
TIPO2-EEX-PLC-SER0-01_R02	Planta Baixa e Detalhes - Cozinha	indicada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

7.5. LISTAGEM DE DOCUMENTOS



CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TR-ES93-8D9A-7HRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C

Igarapava,08 de Agosto de 2024

Do Departamento de Engenharia
REF.: CONSTRUÇÃO DA CRECHE NO BAIRRO JARDIM BOTHANICO

Prezado, venho através deste relatar de maneira técnica a atual situação das obras de construção da Creche do Jardim Bothânico.

Em relação aos questionamentos segue esclarecimentos abaixo:

a) A obra encontra-se em execução, porém, diante da questão da terraplanagem e infraestrutura do lote, as etapas do cronograma foram comprometidas atrasando assim o cronograma inicialmente previsto.

b) Com relação do FNDE, o convenio foi prorrogado por um mais um período ate a data de 30/04/2025 conforme documento em anexo.

A obra de construção da creche teve recentemente toda fundação profunda executada, com a perfuração, armação e concretagem de todas as 85 brocas armadas com profundidades variando entre 7,5 metros e 13 metros de profundidade e com diâmetros variando de 0,30 m a 0,50 m.

Após a concretagem já foi feito todo o gabarito da obra e até a presente data está sendo feito a escavação para realização das vigas baldrames.

Este é o atual estágio da obra em 08 de Agosto de 2024.

Segue abaixo o relatório fotográfico de realização dos serviços mencionados realizados no ano de 2024, bem como o termo aditivo do convênio junto ao FNDE, termo aditivo ao contrato e a medição realizada no período.

RELATÓRIO FOTOGRAFICO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS



Foto 01 - Referente aos serviços de concretagem das estacas armadas escavadas com profundidades variando entre 7,5 metros e 13 metros de profundidade, com diâmetros variando de 0,30 m a 0,50 m.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 02 - Referente aos serviços de concretagem das estacas armadas escavadas com profundidades variando entre 7,5 metros e 13 metros de profundidade, com diâmetros variando de 0,30 m a 0,50 m.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 03 - Referente aos serviços de concretagem das estacas armadas escavadas com profundidades variando entre 7,5 metros e 13 metros de profundidade, com diâmetros variando de 0,30 m a 0,50 m.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 04 - Referente aos serviços de concretagem das estacas armadas escavadas com profundidades variando entre 7,5 metros e 13 metros de profundidade, com diâmetros variando de 0,30 m a 0,50 m.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 05 - Referente aos serviços de concretagem das estacas armadas escavadas com profundidades variando entre 7,5 metros e 13 metros de profundidade, com diâmetros variando de 0,30 m a 0,50 m.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 06 - Referente aos serviços de concretagem das estacas armadas escavadas com profundidades variando entre 7,5 metros e 13 metros de profundidade, com diâmetros variando de 0,30 m a 0,50 m.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 07 - Referente aos serviços de gabarito da obra para escavação para realização das vigas baldrames.



Foto 08 - Referente aos serviços de gabarito da obra para escavação para realização das vigas baldrames.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 09 - Referente aos serviços de gabarito da obra para escavação para realização das vigas baldrames.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 10 - Referente aos serviços de gabarito da obra para escavação para realização das vigas baldrames.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 11 - Referente a escavação mecanizada das vigas baldrames.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 12 - Referente a escavação mecanizada das vigas baldrames.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 13 - Referente a escavação mecanizada das vigas baldrames.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 14 - Referente a escavação mecanizada das vigas baldrames.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 15 - Referente a escavação mecanizada das vigas baldrames.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C



Foto 16 - Referente a escavação mecanizada das vigas baldrames.

Nada mais para o momento, estamos a disposições para qualquer esclarecimento que fizer necessário.

Eng. Civil Denise Helena Salvino Marcelino
Diretora do Departamento de Engenharia
CREA SP 5061581854

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SV-A4M8-8XYR-JY2C

TERMO DE ORDEM DE SERVIÇO

TOMADA DE PREÇOS Nº 012/2022
N° DO CONTRATO: 186/2022
VALOR DO CONTRATO: R$ 2.084.231,70
CONTRATADA: 3MP ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA

A PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, pessoa jurídica de direito público, com sede à Rua Dr. Gabriel Vilela, n° 413, Centro, Município de Igarapava, Estado de São Paulo, através do Departamento de Engenharia, na pessoa da Engenheira Civil Denise Helena Salvino Marcelino, **AUTORIZA,** a empresa **3MP ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA,** inscrita no CNPJ sob o nº 24.682.733/0001-11, com sede à Rua Franciso Alves, nº 923, Jardim Interlagos, Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, doravante denominada CONTRATADA, neste ato representada por MARCEL IZIDORO FORTES, portador do RG nº 24.163.107-5, inscrito no CPF sob o nº 286.916.998-17, residente e domiciliado à Rua Francisco Preto, nº 46, Morumbi, cidade de São Paulo/SP, a iniciar no dia **24 de Junho de 2022 a OBRA DE CONSTRUÇÃO DO IMÓVEL DESTINADO À CRECHE DO BAIRRO JARDIM BOTHANICO – PROGRAMA PROINFÂNCIA (MEC/FNDE)**, no município de Igarapava.

Igarapava – SP, 24 de Junho de 2022.

Engª. Civil Denise Helena Salvino Marcelino
Diretora do Departamento de Engenharia
CREA SP 5061581854

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VE-DRHJ-8AE8-5KFZ
Assinado por 1 pessoa: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/DCB3-F6F7-7135-BA21-996934FE0 e informe o código DCB3-F6F7-7135-BA21-996934FE0

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V9-8PGF-74HI-6G5K

EXTRATO DO CONTRATO REFERENTE À TOMADA DE PREÇOS Nº 012/2022

CONTRATANTE – PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	
OBJETO	Contratação de empresa especializada para prestação de serviços de Engenharia, visando à execução da **CONSTRUÇÃO DO IMÓVEL DESTINADO À CRECHE DO BAIRRO JARDIM BOTHANICO – PROGRAMA PROINFÂNCIA (MEC/FNDE).**
DEPARTAMENTO REQUISITANTE	Departamento de Engenharia.
PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS	O contrato terá vigência de **24 (vinte e quatro) meses,** e a execução dos serviços será efetivada no período de **12 (doze) meses.**
DOTAÇÕES ORÇAMENTARIAS	020801 15 451 0280 1292 0000 CONSTRUÇÃO CRECHE JARDIM BOTÂNICO **(FICHA 660)** 4.4.90.51.00 OBRAS E INSTALAÇÕES 0.05.18 100.000 GERAL – CONVÊNIOS/ENTIDADES/FUNDOS 020801 15 451 0280 1292 0000 Construção Creche Jardim Botânico **(FICHA 661)** 4.4.90.51.00 OBRAS E INSTALAÇÕES 0.01.00 110.000 GERAL
FONTE DE RECURSOS	Próprio/ Federal
CONTRATADA – 3MP ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA	
NÚMERO DO CONTRATO	Nº 186/2022
DATA DA PUBLICAÇÃO DA HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO	23/06/2022
DATA DA ASSINATURA DO CONTRATO	24/06/2022
VALOR DO CONTRATO	**R$ 2.084.231,70** (dois milhões, oitenta e quatro mil, duzentos e trinta e um reais e setenta centavos).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U2-LBUI-7Y6B-4F65
Assinado por 5 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, MARCEL IZIDORO FORTES, DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, CECÍLIA FARIAS DE MOURA CUNHA e LUCAS VIEIRA PENNA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/42E4-3E78-B736-E02A e informe o código 42E4-3E78-B736-E02A

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA/SP E A EMPRESA 3MP ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA

N° DO CONTRATO: 186/2022
VALOR DO CONTRATO: R$ 2.084.231,70

O MUNICÍPIO DE IGARAPAVA/SP, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 45.324.290/0001-67, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Senhor Prefeito Municipal, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, portador do RG nº 23.646.285 SSP/SP e do CPF n° 162.070.128-60, e a empresa **3MP ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA,** inscrita no CNPJ sob o nº 24.682.733/0001-11, com sede Rua Francisco Alves, nº 923, bairro Jardim Interlagos, município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato representada por MARCEL IZIDORO FORTES, portador do RG nº 24.163.107-5 SSP/SP e do CPF sob o nº 286.916.998-17, residente e domiciliado na Rua Francisco Preto, nº 46, Apartamento 14, bairro Vila Morse, cidade de São Paulo, estado de São Paulo, firmam o presente Termo de Contrato, concernente à **TOMADA DE PREÇOS Nº 012/2022**, Termo de Homologação publicado no Diário Oficial do Munícipio em 23/06/2022**,** sujeitando-se os contratantes às normas da legislação aplicável à espécie, especialmente a Lei Federal nº 8.666/93, Decreto Federal 9.412/2018, Lei Orgânica do Município e Lei complementar 123/2006 e demais legislações aplicáveis e às seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA I – DO OBJETO:

1.1. É objeto desta licitação a contratação de empresa especializada para prestação de serviços de Engenharia, visando à execução da **CONSTRUÇÃO DO IMÓVEL DESTINADO À CRECHE DO BAIRRO JARDIM BOTHANICO – PROGRAMA PROINFÂNCIA (MEC/FNDE)**, neste município, sob o regime de execução do tipo **EMPREITADA POR PREÇO GLOBAL,** pelo **MENOR PREÇO**, conforme memorial descritivo, cronograma físico financeiro, planilha orçamentária, projetos básicos e demais anexos, em atendimento ao Departamento Municipal de Engenharia.

1.2. A obra será realizada na Rua 16, S/Nº, na Área Institucional do Bairro Jardim Bothânico.

CLÁUSULA II – DO PRAZO DE EXECUÇÃO E CONDIÇÕES:

2.1. O prazo de **execução** dos serviços será de **12 (doze) meses,** prorrogáveis, contados a partir da emissão da Ordem de Serviço.

2.1.1. A Ordem de Serviço só será encaminhada, após a assinatura do contrato.

2.2. O prazo de **vigência** do contrato será de **24 (vinte e quatro) meses,** prorrogáveis, a partir de sua assinatura.

CLAUSULA III – DO VALOR:

3.1. O valor total deste contrato é de **R$ 2.084.231,70 (dois milhões, oitenta e quatro mil, duzentos e trinta e um reais e setenta centavos).**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U2-LBUI-7Y6B-4F65
Assinado por 5 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, MARCEL IZIDORO FORTES, DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, CECÍLIA FARIAS DE MOURA CUNHA e LUCAS VIEIRA PENNA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/42E4-3E78-B736-F024 e informe o código 42E4-3E78-B736-F024

3.2. Deverão estar incluídas, além dos lucros, todas as despesas e custos, como por exemplo**: transportes, licenciamento, seguros contra danos materiais a terceiros e responsabilidade civil, tributos de qualquer natureza e todas as despesas, diretas ou indiretas, relacionadas com a execução do objeto deste contrato.**

CLÁUSULA IV – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

4.1. O pagamento será efetuado mensalmente, **30 (trinta) dias** após a aprovação de cada medição dos serviços executados (medições, conforme cronograma físico-financeiro), condicionado à apresentação da documentação fiscal e liquidação da despesa, a qual será processada no Departamento de Finanças;

4.1.1. As medições serão por serviços executados e não por percentual do serviço.

4.2. Na Nota Fiscal deverá constar o número do respectivo processo licitatório, e o necessário "de acordo" do titular do Departamento de Engenharia.

4.2.1. A descrição do serviço na Nota Fiscal deverá estar igual à prevista no **objeto** da presente Tomada de Preços, para que seja realizado o devido pagamento.

4.3. Na eventualidade de aplicação de multas, estas deverão ser automaticamente descontadas do pagamento a que fizer jus a CONTRATADA.

CLÁUSULA V – DOS RECURSOS FINANCEIROS:

5.1. As despesas, decorrentes da execução, objeto deste contrato, correrão à conta da seguinte dotação orçamentárias; suplementadas se necessário:

020801 15 451 0280 1292 0000 CONSTRUÇÃO CRECHE JARDIM BOTÂNICO
(FICHA 660) 4.4.90.51.00 OBRAS E INSTALAÇÕES
0.05.18 100.000 GERAL – CONVÊNIOS/ENTIDADES/FUNDOS

020801 15 451 0280 1292 0000 Construção Creche Jardim Botânico
(FICHA 661) 4.4.90.51.00 OBRAS E INSTALAÇÕES
0.01.00 110.000 GERAL

CLÁUSULA VI – DA FISCALIZAÇÃO:

6.1. A fiscalização dos serviços será efetuada pelo titular do Departamento de Engenharia ou preposto por ele designado.

6.2. A fiscalização terá poderes para:

6.2.1. Sustar quaisquer serviços que não estejam de acordo com este Edital, ou com a boa técnica, ou que atente contra a segurança bens do Município de Igarapava e de terceiros, mediante notificação, por escrito, à CONTRATADA.

6.2.2. Transmitir à CONTRATADA as determinações e instruções do Departamento de Engenharia ou preposto por ele designado.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U2-LBUI-7Y6B-4F65
Assinado por 5 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, MARCEL IZIDORO FORTES, DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, CECÍLIA FARIAS DE MOURA CUNHA e LUCAS VIEIRA PENNA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/42E4-3E78-B736-E024 e informe o código 42E4-3E78-B736-E024

6.2.3. Ordenar a imediata retirada do empregado que embaraçar ou dificultar a ação fiscalizadora, ou cuja permanência nos serviços for julgada inconveniente pela FISCALIZAÇÃO, sendo por conta exclusiva da CONTRATADA quaisquer ônus originários das leis trabalhistas e previdenciárias, bem como qualquer outra despesa que possa ocorrer.

6.2.4. Examinar os documentos referentes à quitação regular da CONTRATADA, para com a Previdência Social, FGTS, ISS, Trabalhista e outros decorrentes.

6.2.5. Praticar quaisquer atos, nos limites do contrato, que se destinem a preservar todo e qualquer direito do MUNICÍPIO.

6.3. As determinações referentes às prioridades dos serviços, bem como a solução dos casos concernentes a esse assunto ficará a cargo da fiscalização.

6.4. A ação da fiscalização não diminui a completa responsabilidade da CONTRATADA pela execução dos serviços, ora contratados.

CLÁUSULA VII – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO:

7.1. Acompanhar e fiscalizar, por meio de preposto designado pelo Departamento de Engenharia, a execução dos serviços, objeto deste contrato.

7.1.1. O contrato terá como gestora e fiscal a Engenheira Civil Denise Helena Salvino Marcelino, CPF: 215.202.308-00, CREA SP: 5061581854.

7.2. Paralisar ou suspender a qualquer tempo a execução dos serviços contratados, de forma parcial ou total, mediante pagamento único e exclusivo dos serviços executados.

7.3. Efetuar os pagamentos na forma e prazo previstos neste contrato.

CLÁUSULA VIII – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

8.1. A CONTRATADA deverá manter, durante todo prazo do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, conforme disposto no artigo 55, inciso XIII da Lei Federal nº 8.666/93.

8.2. Executar os serviços contratados, dentro da melhor técnica em consonância com o Termo de Referência, obedecendo rigorosamente às normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas e Técnicas, especificações e instruções do Município.

8.2.1. Todos os materiais e sua aplicação ou instalação devem obedecer ao prescrito pelas Normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), pelo Decreto do Corpo de Bombeiros e suas Instruções Técnicas, por toda a legislação nos âmbitos municipal, estadual e federal, Manuais das Companhias Concessionárias e pelos órgãos licenciadores, quando aplicáveis e vigentes.

8.2.2. Todo o material e equipamento, bem como a energia elétrica e água, necessários para execução dos trabalhos, serão a cargo da CONTRATADA.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U2-LBUI-7Y6B-4F65
Assinado por 5 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, MARCEL IZIDORO FORTES, DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, CECÍLIA FARIAS DE MOURA CUNHA e LUCAS VIEIRA PENNA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/42F4-3E78-B736-F024 e informe o código 42F4-3E78-B736-F024

8.2.3. A CONTRATADA deverá se responsabilizar pela segurança da obra/serviço até o recebimento definitivo pela CONTRATANTE.

8.3. Responsabilizar-se, técnica e civilmente pelos serviços executados.

8.4. Participar ao Poder Público, com a antecedência necessária, eventuais diligências a seu encargo.

8.5. Cientificar o Município do andamento do serviço, quando for o caso.

8.6. Assumir toda responsabilidade pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e empresariais oriundos da execução dos serviços, objeto deste contrato.

8.7. Executar, imediatamente, adequações que se fizerem necessárias, nos serviços de sua responsabilidade, apontados pela fiscalização.

8.8. Responsabilizar-se por danos causados diretamente à CONTRATANTE ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, ou por seu empregado ou preposto, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização ou o seu acompanhamento.

8.9. A CONTRATADA deverá efetuar o recolhimento do ISSQN na Cidade de Igarapava em conformidade com a Lei Complementar 116/2003 e Código Tributário Municipal, com a apresentação, mensalmente, da respectiva guia de recolhimento.

8.10. A CONTRATADA será a única responsável pelo local de armazenamento dos materiais (que não será disponibilizado pelo Município) devendo informar o endereço para a CONTRATANTE.

8.10.1. Serão de sua responsabilidade, o transporte de materiais e equipamentos no canteiro de obra, seu manuseio e sua total integridade, até a entrega final da obra e aprovação por parte da Fiscalização.

CLÁUSULA IX – DAS SANÇÕES E PENALIDADES:

9.1. Na hipótese de descumprimento ou da inexecução total ou parcial do contrato, o MUNICÍPIO, garantido a apresentação de prévia defesa, aplicará à CONTRATADA, sem prejuízo da responsabilização civil e penal cabíveis, as seguintes sanções:

9.1.1. Advertência;

9.1.2. Multa, na seguinte forma:

9.1.2.1. Verificando-se o não cumprimento de exigências previamente formuladas pela fiscalização, ou de outras quaisquer disposições do contrato, o Município de Igarapava/SP poderá, através de comunicações escritas e sem prejuízo da rescisão, aplicar à contratada a multa, equivalente a **0,2% (dois décimos por cento)** do valor total do objeto, por dia de atraso, no atendimento da exigência formulada.

9.1.3. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo de até **02 (dois) anos.**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U2-LBUI-7Y6B-4F65
Assinado por 5 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, MARCEL IZIDORO FORTES, DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, CECÍLIA FARIAS DE MOURA CUNHA e LUCAS VIEIRA PENHA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/42E4-3E78-B736-E02A e informe o código 42E4-3E78-B736-E02A

9.1.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

9.1.5. A reabilitação será realizada perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a qual será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir a Administração dos prejuízos, após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem anterior.

9.2. As sanções previstas nos itens **"a", "c" e "d"** deste item, poderão ser aplicadas com o do subitem **"b"**, facultada a defesa prévia da interessada, no respectivo processo, no prazo de **05 (cinco) dias úteis.**

9.3. Se o atraso no cumprimento de prazo estipulado acima ultrapassar **30 (trinta) dias**, o Município de Igarapava poderá optar pela rescisão do contrato nos termos do subitem 10.1, tudo sem prejuízo da aplicação das demais sanções previstas neste contrato.

9.4. As multas não são compensatórias e não excluem as perdas e danos resultantes.

CLÁUSULA X – DA RESCISÃO DO CONTRATO:

10.1. O MUNICÍPIO poderá rescindir o contrato, unilateralmente, sem que caiba à contratada qualquer direito de indenização ou retenção, se a CONTRATADA:

10.1.1. Infringir qualquer cláusula do contrato;

10.1.2. Recusar-se a executar qualquer serviço, desde que suas razões não tenham sido prévia e devidamente aceitas pela fiscalização;

10.1.3. Deixar de cumprir as exigências da fiscalização relativas aos serviços a serem executados;

10.1.4. Não cumprir os prazos de execução dos serviços fixados no cronograma.

10.2. Rescindido o contrato por culpa da CONTRATADA ou por qualquer um dos motivos do subitem 10.1, a CONTRATADA indenizará o MUNICÍPIO por todos os prejuízos decorrentes.

10.3. Rescindido o contrato, a CONTRATADA não terá direito a qualquer indenização por serviços não realizados, retendo o MUNICÍPIO, as importâncias porventura devidas por serviços já executados, e ainda não pagas, para cobertura das multas, juros e demais encargos que couberem pela rescisão a que a CONTRATADA houver dado motivo.

CLÁUSULA XI – DA GARANTIA:

11.1. A CONTRATADA deverá prestar garantia de até **05 (cinco) dias úteis** após a assinatura do instrumento contratual, correspondente a **5% (cinco por cento)** do valor do contrato, mediante caução em dinheiro, em títulos da dívida pública, fiança bancária ou seguro garantia.

11.2. A garantia será restituída à CONTRATADA após a conclusão da obra e respectivo pagamento final efetuado pelo Município e, quando em dinheiro, atualizada monetariamente.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U2-LBUI-7Y6B-4F65
Assinado por 5 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, MARCEL IZIDORO FORTES, DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, CECÍLIA FARIAS DE MOURA CUNHA e LUCAS VIEIRA PENNA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/42E4-3E78-B736-F024 e informe o código 42E4-3E78-B736-F024

11.3. A garantia assegurará qualquer que seja a modalidade escolhida, o pagamento de:

11.3.1. Prejuízos advindos do não cumprimento do contrato;

11.3.2. Multas punitivas aplicadas pela FISCALIZAÇÃO à CONTRATADA;

11.3.3. Prejuízos diretos causados ao MUNICÍPIO decorrentes de culpa ou dolo durante a execução do contrato;

11.3.4. Obrigações previdenciários e trabalhistas não honradas pela CONTRATADA.

11.4. Na hipótese do valor global da proposta da licitante classificada foi inferior a **70% (setenta por cento**) do menor valor a que se refere às alíneas "a" e "b" do art. 48 da Lei 8666/93, será exigida, para a assinatura do contrato, garantia adicional, nas modalidades dispostas na norma legal citada, correspondente ao valor da diferença obtida da média aritmética efetuada conforme expresso nas alíneas supracitadas e o valor da proposta.

CLÁUSULA XII – DO RECEBIMENTO DO OBJETO:

12.1. Concluídos os serviços, poderá o MUNICÍPIO, por meio da fiscalização, dentro de **10 (dez) dias** seguintes ao da entrega da comunicação que, por escrito, neste sentido, lhe fizer a CONTRATADA, a um exame minucioso, a fim de recebê-las provisoriamente.

12.2. Após aquele recebimento, a CONTRATADA ficará obrigada a fazer, às suas expensas, durante o prazo de observação de, no máximo **30 (trinta) dias** os reparos e substituições necessários em consequências de vícios, porventura existentes.

12.3. Findo este prazo, e dentro dos **90 (noventa) dias** seguintes, procederá o MUNICÍPIO, por meio de sua fiscalização, o exame para o recebimento definitivo a ser efetivado, mediante a lavratura de um termo e sem prejuízo da responsabilidade da contratada, no que se refere à hipótese prevista no art. 618 do Código Civil Brasileiro.

12.4. O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade civil pela solidez e segurança dos serviços, dentro dos limites estabelecidos por lei e pelo contrato.

CLÁUSULA XIII – DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO:

13.1. Obrigam-se, tanto os servidores desta Administração Pública quanto a CONTRATADA, dentre outros princípios, aos postulados da legalidade, moralidade, isonomia, da vinculação ao instrumento convocatório e da promoção do desenvolvimento nacional sustentável.

13.2. A CONTRATADA deverão observar os mais altos padrões éticos durante o processo licitatório e à aquisição proposta no presente instrumento, responsabilizando-se pela veracidade das informações e documentações apresentadas, estando sujeitos às sanções previstas na legislação brasileira.

13.3. Para os propósitos disciplinados nesta Cláusula, definem-se as seguintes práticas:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U2-LBUI-7Y6B-4F65
Assinado por 5 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, MARCEL IZIDORO FORTES, DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, CECÍLIA FARIAS DE MOURA CUNHA e LUCAS VIEIRA PENHA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/42E4-3E78-B736-E02A e informe o código 42E4-3E78-B736-E02A

a) Prática corrupta: Oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com o objetivo de influenciar a ação de servidor público no processo de licitação ou na execução do Termo de Contrato;

b) Prática fraudulenta: Falsificar ou omitir atos administrativos ou fatos deles decorrentes, com o objetivo de influenciar o processo de licitação ou execução do Termo de Contrato, ou utilizar de artifícios para obter vantagens sobre os demais concorrentes;

c) Prática de conluio: Esquematizar ou estabelecer um acordo entre dois ou mais licitantes participantes, com ou sem o conhecimento de representantes ou prepostos do órgão de licitação, visando estabelecer preços em níveis artificiais e não competitivos;

d) Prática coercitiva: Causar dano ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, as pessoas ou a sua propriedade, visando influenciar sua participação em processo de licitação ou afetar a execução do Termo de Contrato;

e) Prática obstrutiva: Destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou fazer declarações falsas aos representantes do organismo financeiro multilateral, com o objetivo de impedir materialmente a apuração de alegações de prática prevista acima atos cuja intenção seja impedir materialmente o exercício de direito de o organismo financeiro multilateral promover inspeção.

CLÁUSULA XIV – DA PROTEÇÃO E TRANSMISSÃO DE DADOS PESSOAIS E/OU BASE DE DADOS

14.1. A CONTRATADA obriga-se ao dever de proteção, confidencialidade e sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, nos termos da Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores, durante o cumprimento do objeto descrito no presente instrumento contratual.

14.1.1. A CONTRATADA obriga-se a implementar medidas técnicas e administrativas suficientes visando a segurança, a proteção, a confidencialidade e o sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso a fim de evitar acessos não autorizados, acidentes, vazamentos acidentais ou ilícitos que causem destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer outra forma de tratamento não previstos.

14.1.2. A CONTRATADA deve assegurar-se de que todos os seus colaboradores, consultores e/ou prestadores de serviços que, no exercício das suas atividades, tenham acesso e/ou conhecimento da informação e/ou dos dados pessoais, respeitem o dever de proteção, confidencialidade e sigilo.

14.1.3. A CONTRATADA não poderá utilizar-se de informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, para fins distintos ao cumprimento do objeto deste instrumento contratual.

14.1.4. A CONTRATADA não poderá disponibilizar e/ou transmitir a terceiros, sem prévia autorização escrita, informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso em razão do cumprimento do objeto deste instrumento contratual.

14.1.4.1. A CONTRATADA obriga-se a fornecer informação, dados pessoais e/ou base de dados estritamente necessários ao caso, quando da transmissão autorizada a terceiros durante o cumprimento do objeto descrito neste instrumento contratual.

14.1.5. A CONTRATADA fica obrigada a devolver todos os documentos, registros e cópias que contenham informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha tido acesso durante a execução do cumprimento do objeto deste instrumento contratual no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados da rescisão contratual, restando autorizada a conservação apenas nas hipóteses legalmente previstas.

14.1.5.1. À CONTRATADA não será permitido deter cópias ou backups, informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha tido acesso durante a execução do cumprimento do objeto deste instrumento contratual.

14.1.5.1.1.A CONTRATADA deverá eliminar os dados pessoais a que tiver conhecimento ou posse em razão do cumprimento do objeto deste instrumento contratual tão logo não haja necessidade de realizar seu tratamento.

14.1.6. A CONTRATADA deverá notificar, imediatamente, a CONTRATANTE no caso de vazamento, perda parcial ou total de informação, dados pessoais e/ou base de dados.

14.1.6.1. A notificação não eximirá a CONTRATADA das obrigações e/ou sanções que possam incidir em razão da perda de informação, dados pessoais e/ou base de dados.

14.1.6.2. A CONTRATADA que descumprir nos termos da Lei nº 13.709/2018 suas alterações e regulamentações posteriores, durante ou após a execução do objeto descrito no presente instrumento contratual fica obrigado a assumir total responsabilidade e ao ressarcimento por todo e qualquer dano e/ou prejuízo sofrido, incluindo sanções aplicadas pela autoridade competente

CLÁUSULA XV – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

15.1. Integram este contrato, independente de transcrição, todos os documentos vinculados ao **PROCESSO DE LICITAÇÃO – TOMADA DE PREÇOS Nº 012/2022**, especialmente os termos do Edital e da respectiva proposta da CONTRATADA, observados, no que couber, os disciplinamentos ditados na Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

15.2. Os casos omissos serão resolvidos com base na legislação em vigor.

15.3. As alterações posteriores, que se façam necessárias no presente instrumento, serão efetuadas por "Termos Aditivos", que integrarão o contrato, para todos os fins e efeitos de direito.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U2-LBUI-7Y6B-4F65
Assinado por 5 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, MARCEL IZIDORO FORTES, DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, CECÍLIA FARIAS DE MOURA CUNHA e LUCAS VIEIRA PENNA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/42E4-3E78-B736-E02A e informe o código 42E4-3E78-B736-E02A

CLÁUSULA XVI – DO FORO:

16.1. As partes elegem o Foro de Igarapava/SP, para dirimir quaisquer conflitos oriundos deste contrato, renunciando a qualquer outro especial ou de exceção.

E, por estarem assim contratadas, as partes assinam este contrato em 01 (uma) via digital, juntamente com 02 (duas) testemunhas, podendo extrair cópias, quantas necessárias.

Igarapava/SP, em 24 de junho de 2022.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
PREFEITO MUNICIPAL
CONTRATANTE

MARCEL IZIDORO FORTES
3MP ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA
CONTRATADA

DENISE HELENA SALVINO MARCELINO
GESTORA E FISCAL DO CONTRATO
CPF: 215.202.308-00
CREA SP: 5061581854

Testemunhas:
1) _____CPF: _____

2) _____CPF: _____

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U2-LBUI-7Y6B-4F65
Assinado por 5 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, MARCEL IZIDORO FORTES, DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, CECÍLIA FARIAS DE MOURA CUNHA e LUCAS VIEIRA PENHA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/42E4-3E78-B736-E024 e informe o código 42E4-3E78-B736-E024

Proc. Administrativo 1.401/2022

De: Denise M. - DE

Para: DA-DC - Divisão de Compras

Data: 27/05/2022 às 05:25:46

Setores envolvidos:

.GP, DJ-SCL, DA-DL, DA-DC, DF, DF-DCO-SACP, DE, DE-DO, PPL, 2. DL-ME, 3. DL-RL, 4. DL-C/A, 7. DL-PF

TOMADA DE PREÇOS N° 012/2022 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENGENHARIA VISANDO À EXECUÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO IMÓVEL DESTINADO À CRECHE DO BAIRRO JD. BOTHANICO – PROGRAMA PROINFÂNCIA (MEC / FNDE)

PREFEITURA DE IGARAPAVA

Ao Departamento de Compras.

Venho através deste solicitar abertura de processo Licitatório para realização de obra para a construção da CRECHE NO JARDIM BOTHÂNICO NO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA SP. o qual será executado com recurso do PLANO DE AÇÕES ARTICULADAS – PAR - Governo Federal MEC / FNDE e Contrapartida com recurso próprio.

O presente Processo tem como finalidade a contratação de empresa especializada em obras de Construção Civil, **conforme especificado no Memorial Descritivo em anexo.**

O valor total da orçado para a obra é de R$ 2.090.503,25 (Dois milhões, noventa mil, quinhentos e três reais e vinte e cinco centavos) dos quais:

R$ 2.088.412,78 (Dois milhões, oitenta e oito mil, quatrocentos e doze reais e setenta e oito centavos) , de responsabilidade do Governo Federal MEC/FNDE

R$ 2.090,47 (Dois mil, noventa reais e quarenta e sete centavos) Contrapartida com recurso próprio de responsabilidade do MUNICÍPIO.

Os recursos de responsabilidade do Governo Federal serão repassados ao MUNICÍPIO, conforme cronograma de execução de obra , em conformidade com o Plano de Trabalho, desde que atendidas as formalidades legais e regulamentares vigentes.

Atenciosamente,

_

Eng. Civil Denise Helena Salvino Marcelino
Diretora Departamento de Engenharia

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U7-FRW8-7FPP-5EJI

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Prefeitura Municipal de Igarapava organizou uma abertura de sala de berçário para atender a demanda por vagas na EMEI Alberto Faria de Oliveira.

Há projeto de construção de uma nova creche no bairro novo da Cidade, Jardim Botânico, mas encontra-se em fase de construção.

Igarapava, 02 de agosto de 2024.



Germano Balthazar Barboza

Diretor do Departamento de Educação, Cultura e Esporte

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TC-CC6Q-5O00-FSKJ

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TC-CC6Q-5O00-FSKJ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a oferta de vagas no município nos períodos abaixo foram computados conforme segue na tabela.

POSIÇÃO 31/12/2023			
NIVEL	**DEMANDA POR VAGAS**	**OFERTA DE VAGAS**	**DEFICIT POR VAGAS**
ENS. INFANTIL (CRECHE)	645	444	201

POSIÇÃO 30/06/2024			
NIVEL	**DEMANDA POR VAGAS**	**OFERTA DE VAGAS**	**DEFICIT POR VAGAS**
ENS. INFANTIL (CRECHE)	**578**	414	164

Declaro ainda que no dia 22 de julho de 2024 foi aberto uma sala de berçário na EMEI Prof. Alberto Faria de Oliveira, para atender dez alunos que constavam no lista de espera, conforme consta em anexo.

Igarapava, 20 de agosto de 2024.

Germano Balthazar Barboza
Diretor do Departamento de Cultura e Esportes

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U0-CO1A-5PTI-BXA5

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1U0-CO1A-5PTI-BXA5

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SR-A105-6ZQQ-6YIG

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o estabelecimento de ensino EMEF Alfredo Cesário de Oliveira está em andamento com a AVCB (Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros) e os demais estabelecimentos de ensino estão em licitação.

EDUCAÇÃO INFANTIL
EMEI PROF. ALBERTO FARIA DE OLIVEIRA
EMEI PROF. LUCÉLIA DE SOUZA
EMEI DIANA CALIL JARDIM
EMEI PAULO BORTOLETTO
EMEI LUCY ELENA GOMES BORTOLETTO
EMEI MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS
EMEI ORLANDO GOMES DA SILVA
EMEI WALDEMAR PESSOA
EMEI CHEDA JOSÉ MOYSÉS
ENSINO FUNDAMENTAL SÉRIES INICIAIS
EMEF JARDEL BIGUETTI DOMENEGHI
EMEF PROF. DANTES
EMEF CAP. CHICO RIBEIRO
ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL SÉRIES INICIAIS E FINAIS
EMEF CORONEL QUITO JUNQUEIRA
ESCOLA DE NOVO ENSINO MÉDIO
E.M. NICOLAU SAAD
ESCOLA QUE ESTÁ EM PROCESSO DE AQUISIÇÃO DO ABCV
EMEF. ALFREDO CESÁRIO DE OLIVEIRA

Igarapava, 02 de agosto de 2024

Germano Balthazar Barboza

Diretor do Departamento de Educação, Cultura e Esporte

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SR-A105-6ZQQ-6YIG

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Departamento de Educação não possui relatórios e/ou outros documentos que comprovem o monitoramento e a avaliação da execução das ações e estratégias e do cumprimento das metas do Plano Municipal de Educação.

Igarapava, 02 de agosto de 2024.



Germano Balthazar Barboza

Diretor do Departamento de Educação, Cultura e Esporte

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1VA-JVST-6V4K-6TD2

Prefeitura Municipal de Igarapava

PREFEITO MUNICIPAL

LEI Nº 673 – DE: 23.06.2015

DISPÕE SOBRE O PLANO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – PME E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

ENGº CARLOS AUGUSTO FREITAS, Prefeito do Município de Igarapava, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais.,

FAZ SABER QUE A Câmara aprovou e ele promulga e sanciona a seguinte Lei:

Art. 1º Fica aprovado o Plano Municipal de Educação – PME, com vigência por 10 (dez) anos, a contar da aprovação desta Lei, na forma do Anexo, com vistas no cumprimento do disposto no art. 214 da Constituição Federal.

Art. 2º São diretrizes do PME, além de outras de observância exigível por força de Lei Federal que trate do Plano Nacional de Educação – PNE:
I – erradicação do analfabetismo;
II – universalização do atendimento escolar;
III – superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da igualdade racial, regional, de gênero e de orientação sexual;
IV – melhoria da qualidade da educação;
V – formação para o trabalho e para a cidadania;
VI – promoção do princípio da gestão democrática da educação pública;
VII – promoção humanística, científica, cultural e tecnológica do País;
VIII – estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do produto interno bruto, que assegure atendimento às necessidades de expansão, com padrão de qualidade e equidade;
IX – valorização dos profissionais da educação;
X – promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental

Art. 3º As metas previstas no Anexo desta Lei deverão ser cumpridas no prazo de vigência deste PME, desde que não haja prazo inferior definido para metas e estratégias específicas.

Art. 4º As metas e estratégias previstas no Anexo desta Lei deverão ter como referência a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, o censo demográfico e os censos nacionais da Educação Básica e Superior mais atualizados, disponíveis na data da publicação desta Lei.

Art. 5º A execução do PME e o cumprimento de suas metas serão objeto de monitoramento contínuo e de avaliações periódicas, realizados pelas seguintes instâncias, sem prejuízo da informação a outros órgãos públicos oficiais de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

Prefeitura Municipal de Igarapava

educação do Estado de São Paulo ou da União:
I – Departamento Municipal de Educação – DME;
II – Comissão de Educação, Saúde, Esportes e Assistência Social da Câmara Municipal de Igarapava;
III – Conselho Municipal de Educação – CME; e
IV – Comissão de Monitoramento e Avaliação do PME, a ser instituída nos moldes de regulamento próprio.

§ 1º Compete, ainda, às instâncias referidas no *caput*:
I – divulgar os resultados do monitoramento e das avaliações nos respectivos sítios institucionais da internet, seguindo os estudos voltados para o aferimento do cumprimento das metas, a serem divulgados, a cada 2 (dois) anos, pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP;
II – analisar e propor ações governamentais e políticas públicas para assegurar a implementação das estratégias e o cumprimento das metas;
III – analisar e propor a revisão de metas já cumpridas e respectivas estratégias, com vistas à melhoria da qualidade geral da educação pública e privada.
§ 2º Os investimentos em educação pública no Município de Igarapava se darão em estrita observância dos parâmetros traçados pelo Plano Nacional de Educação – PNE.

Art. 6º O Município de Igarapava atenderá às deliberações do Fórum Nacional de Educação, instituído no âmbito do Ministério da Educação – MEC, articulando-se com as demais instâncias governamentais para realização de Conferências Municipais de Educação, visando ao acompanhamento da execução do PME e o cumprimento de suas metas, deliberando sobre a necessidade de revisão do Anexo desta Lei, e coletando subsídios para elaboração do PME para o próximo decênio.

Art. 7º A consecução das metas deste PME e a implementação das estratégias deverão ser realizadas em regime de colaboração entre a União, os Estados, o Distrito Federal e o Município de Igarapava.
§ 1º Caberá aos gestores municipais a adoção das medidas governamentais necessárias ao cumprimento das metas previstas neste PME durante a sua vigência.
§ 2º As estratégias definidas no Anexo desta Lei não elidem a ação política dos gestores por medidas adicionais das demais esferas governamentais ou de instrumentos jurídicos que formalizem a cooperação entre os entes federados, podendo ser complementadas por mecanismos nacionais e locais de coordenação e colaboração recíproca.
§ 3º O órgão gestor da rede ou sistema municipal de ensino deverá prever mecanismos para o acompanhamento local da consecução das metas deste PME

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

e dos planos nacional e estadual de educação.

§ 4º O fortalecimento do regime de colaboração entre os Municípios dar-se-á inclusive mediante a adoção de arranjos de desenvolvimento da educação, nos moldes do que dispuser a União, no PNE ou em regulamentação própria.

Art. 8º Para o planejamento de ações, implementação de estratégias e cumprimento das metas deste PME, o Município, através das instâncias de que trata o artigo 5º desta Lei, atuará em consonância com as diretrizes, metas e estratégias previstas nos planos nacional e estadual de educação, garantindo:

I – a articulação das políticas educacionais com as demais políticas sociais, particularmente as culturais;

II – a observância das necessidades específicas das populações do campo e dos filhos de profissionais de atividades itinerantes, asseguradas a equidade educacional e a diversidade cultural;

III – o atendimento das necessidades específicas na educação especial, assegurado o sistema educacional inclusivo em todos os níveis, etapas e modalidades.

Art. 9º No prazo de 1 (um) ano de publicação desta Lei, o Município de Igarapava aprovará lei específica para a rede e/ou seu sistema de ensino, disciplinando a gestão democrática da educação pública municipal.

Art. 10. O plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais do Município de Igarapava deverão ser formulados de maneira a assegurar a consignação de dotações orçamentárias compatíveis com as diretrizes, metas e estratégias deste PME, a fim de viabilizar sua plena execução.

Art. 11. O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica, coordenado pela União, constituirá fonte básica de informação para a avaliação da qualidade da Educação Básica e para orientação das políticas públicas necessárias no âmbito do Município, que atuará em colaboração para a mensuração e desenvolvimento dos métodos avaliativos propostos, sem prejuízo do desenvolvimento de sistema avaliativo próprio.

§ 1º O sistema de avaliação a que se refere o *caput* produzirá, no máximo a cada 2 (dois) anos:

I – indicadores de rendimento escolar, referentes ao desempenho dos estudantes apurado em exames nacionais de avaliação, com participação de pelo menos 80% (oitenta por cento) dos alunos de cada ano escolar periodicamente avaliado em cada escola, e aos dados pertinentes apurados pelo censo escolar da Educação Básica;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

II – indicadores de avaliação institucional, relativos a características como o perfil do aluno e do corpo dos profissionais da educação, as relações entre dimensão do corpo docente, do corpo técnico e do corpo discente, a infraestrutura das escolas, os recursos pedagógicos disponíveis e os processos da gestão, entre outras relevantes.

§ 2º Quanto aos indicadores mencionados no § 1º, o Município os observará, atentando para que:

I – a divulgação dos resultados individuais dos alunos e dos indicadores calculados para cada turma de alunos fique restrita à comunidade da respectiva unidade escolar e à gestão da rede escolar;

II – os resultados referentes aos demais níveis de agregação sejam tornados públicos e recebam ampla divulgação, com as necessárias informações que permitam sua correta interpretação pelos segmentos diretamente interessados e pela sociedade.

Art. 12. Até o final do primeiro semestre do 9º (nono) ano de vigência deste PME, o Poder Executivo encaminhará à Câmara Municipal de Igarapava, sem prejuízo das prerrogativas deste Poder, projeto de lei referente a PME, a vigorar no período subsequente ao final da vigência desta Lei, que incluirá diagnóstico, diretrizes, metas e estratégias para o decênio subsequente.

Art. 13. O Município de Igarapava envidará esforços e participará amplamente das políticas públicas que visem a melhoria da qualidade da educação pública, atuando em regime de colaboração com os demais entes federados, articulando sua rede e/ou seu sistema de ensino e sistema avaliativo, e participando ativamente da instância permanente de negociação e cooperação.

Art. 14. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

GOVERNO DO MUNICIPIO DE IGARAPAVA,
Aos vinte e três de junho de 2015

ENGº CARLOS AUGUSTO FREITAS
Prefeito Municipal

REGISTRADA. Publicada e arquivada no livro próprio, data supra.

ANDRÉ LUIS FONSECA PONTES
Diretor Departamento Administrativo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

Prefeitura Municipal de Igarapava

PREFEITO MUNICIPAL

LEI Nº 673 – DE: 23.06.2015

ANEXO – METAS E ESTRATÉGIAS

META 01: UNIVERSALIZAR, ATÉ 2016, A EDUCAÇÃO INFANTIL NA PRÉ-ESCOLA PARA AS CRIANÇAS DE 4 (QUATRO) A 5 (CINCO) ANOS DE IDADE, E AMPLIAR A OFERTA DE EDUCAÇÃO INFANTIL EM CRECHES DE FORMA A ATENDER, NO MÍNIMO, 50% (CINQUENTA POR CENTO) DAS CRIANÇAS DE ATÉ 3 (TRÊS) ANOS ATÉ O FINAL DA VIGÊNCIA DESTE PME.

ESTRATÉGIAS:

1.1. buscar, sempre que possível, a formalização de convênios e parcerias junto aos demais entes federativos para construção, ampliação e/ou reforma das unidades escolares para atingimento da meta.

1.2. em regime de colaboração com os demais entes federativos e em articulação com instituições beneficentes que possam vir a ser criadas e/ou já existentes, garantir até o final da vigência deste PME, o atendimento da demanda manifesta por creche e para a população de até 5 (cinco) anos de idade;

1.3. fomentar o atendimento das populações do campo, e urbana, na Educação Infantil, por meio do redimensionamento da distribuição territorial da oferta, limitando a nucleação de escolas e o deslocamento das crianças, de forma a atender às especificidades das comunidades, garantida consulta prévia e informada;

1.4 garantir que, ao final da vigência deste PME, a taxa de evasão seja inferior a 20% (vinte por cento) na Educação Infantil, compreendendo as crianças de até 5 (cinco) anos através do acompanhamento mensal das planilhas de controle de frequência;

1.5. realizar, periodicamente, em regime de colaboração, levantamento da demanda por creche para a população de até 3 (três) anos, como forma de planejar a oferta e verificar o atendimento da demanda manifesta;

1.6. estabelecer, no período de vigência deste PME, normas, procedimentos e prazos para definição de mecanismos de consulta pública da demanda das famílias por creches;

1.7. manter e ampliar, em regime de colaboração e respeitadas as normas de acessibilidade, programa municipal de construção e reestruturação de escolas, bem como de aquisição de equipamentos, visando à expansão e à melhoria da rede física de escolas públicas de educação infantil;

1.8. implementar ações com o objetivo de garantir a aplicação de uma proposta curricular nas unidades de Educação Infantil de todas as dependências administrativas que a promovam, tendo como base as novas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil e os Referenciais Curriculares Nacionais deste segmento;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

1.9. implementar ações, até o segundo ano de vigência deste PME, de padronização para avaliação da Educação Infantil, a ser realizada anualmente, tendo como base os resultados da avaliação Indicadores de Qualidade da Educação Infantil (documento de âmbito nacional) a fim de aferir a infraestrutura física, o quadro de pessoal, as condições de gestão, os recursos pedagógicos, a situação de acessibilidade, entre outros indicadores relevantes;

1.10. promover a formação inicial e continuada dos(as) profissionais da educação infantil, em parceria com Institutos de Ensino Superior, garantindo, progressivamente, o atendimento por profissionais, nomeados ou contratados, com formação superior;

1.11. estimular a articulação entre a pós-graduação, núcleos de pesquisa e cursos de formação para profissionais da educação, de modo a garantir a elaboração de currículos e propostas pedagógicas capazes de incorporar os avanços de pesquisas ligadas ao processo ensino-aprendizagem e teorias educacionais no atendimento da população de até 5 (cinco) anos;

1.12. Fomentar o acesso à educação infantil e a oferta do atendimento educacional especializado complementar e suplementar aos(às) alunos(as) com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, assegurando a educação bilíngue para crianças surdas e a transversalidade da educação especial nessa etapa da educação básica;

1.13. implementar, em caráter complementar, programas de orientação e apoio às famílias, por meio da articulação das áreas da educação, saúde e assistência social, com foco no desenvolvimento integral das crianças de até 3 (três) anos de idade;

1.14. preservar as especificidades da educação infantil na organização das redes escolares, garantindo o atendimento da criança de até 5 (cinco) anos em estabelecimentos que atendam a parâmetros nacionais de qualidade, e a articulação com a etapa escolar seguinte, visando ao ingresso do(a) aluno(a) de 6 (seis) anos de idade no ensino fundamental;

1.15. desenvolver todas as atividades, nas creches e pré-escolas, subsidiadas pelo quadro sugerido de rotina de trabalho semanal que tem como base as novas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil e os Referenciais Curriculares Nacionais deste segmento;

1.16. fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso e da permanência das crianças na educação infantil, em especial dos beneficiários de programas de transferência de renda, em colaboração com as famílias e com os órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à infância;

1.17. promover a busca ativa de crianças em idade correspondente à educação infantil, em parceria com órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à infância, cabendo a estes órgãos garantir o direito de bem-estar e pleno desenvolvimento das crianças de até 3 (três) anos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

1.18. estimular o acesso à educação infantil em tempo integral para todas as crianças de até 5 (cinco) anos, conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil.

1.19. fomentar nas escolas regulares a presença do cuidador especifico para alunos com deficiência, se for verificado que eles precisam de atendimento individualizado.

META 02: UNIVERSALIZAR O ENSINO FUNDAMENTAL DE 9 (NOVE) ANOS PARA TODA A POPULAÇÃO DE 6 (SEIS) A 14 (QUATORZE) ANOS E GARANTIR QUE PELO MENOS 95% (NOVENTA E CINCO POR CENTO) DOS ALUNOS CONCLUAM ESSA ETAPA NA IDADE RECOMENDADA, ATÉ O ÚLTIMO ANO DE VIGÊNCIA DESTE PME.

ESTRATÉGIAS:

2.1. criar mecanismos para o acompanhamento individualizado dos alunos do Ensino Fundamental, em relação à frequência e aprendizagem;

2.2. fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso, da permanência e do aproveitamento escolar dos beneficiários de programas de transferência de renda, bem como das situações de discriminação, preconceitos e violências na escola, visando ao estabelecimento de condições adequadas para o sucesso escolar dos alunos, em colaboração com as famílias e com órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à infância, adolescência e juventude;

2.3. promover a busca ativa de crianças e adolescentes fora da escola, em parceria com órgãos públicos de assistência social, saúde e de proteção à infância, adolescência e juventude, em especial, com o Conselho Tutelar e o Conselho Municipal de Educação;

2.4. elaborar ficha de Acompanhamento Individual do aluno, com repasse de informações de sua evolução entre todos as etapas da Educação, Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio, visando a continuidade/ aproveitamento de todos os saberes;

2.5. o município dentro de 2 (dois) anos deverá revisar a grade curricular da Educação Infantil e Ensino Fundamental, visando a continuidade do aprendizado e sistematização dos ensinos;

2.6. O Município juntamente as unidades escolares, deverá elaborar orientações por escrito aos pais dos alunos, a respeito da frequência, tomada de providências em relação à saúde, desenvolvimento etc.

2.7. aplicar tecnologias pedagógicas que combinem, de maneira articulada, a organização do tempo e das atividades didáticas entre a escola e o ambiente comunitário, considerando as especificidades da Educação Especial, da Educação de Jovens e dos alunos do campo;

2.8. disciplinar, no âmbito da rede municipal, a organização flexível do trabalho pedagógico, promovendo a adequação do calendário escolar às especificidades da identidade cultural e condições climáticas do município de Igarapava;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

2.9. promover a relação das escolas com instituições e movimentos culturais, a fim de garantir a oferta regular de atividades culturais para a livre fruição dos alunos dentro e fora dos espaços escolares, assegurando ainda que as escolas se tornem polos de criação e difusão cultural;

2.10. colaborar na elaboração de uma proposta de direitos e objetivos de aprendizagem e desenvolvimento para os alunos do Ensino Fundamental, por meio da participação efetiva e ouvido o Conselho Municipal de Educação, em consulta pública formulada pelo Ministério da Educação, para ser encaminhado ao Conselho Nacional de Educação até o segundo ano de vigência do Plano Nacional de Educação;

2.11. garantir a oferta do Ensino Fundamental, em especial dos anos iniciais, para as populações do campo e urbana, por meio do redimensionamento da distribuição territorial da oferta, bem como a distribuição territorial das escolas de Ensino Fundamental, limitando a nucleação de escolas e o deslocamento das crianças, de forma a atender às especificidades dessas comunidades garantida consulta prévia e informada;

2.12. garantir o acesso e adaptação dos filhos de profissionais que se dedicam a atividades de caráter itinerante no Ensino Fundamental;

2.13. oferecer atividades extracurriculares de incentivo aos estudantes e de estímulo a habilidades, inclusive mediante certames e concursos nacionais;

2.14. garantir o acesso ao Ensino Fundamental e a oferta do atendimento educacional especializado complementar e suplementar aos(às) alunos(as) com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, assegurando a educação bilíngue para crianças surdas e a transversalidade da educação especial nessa etapa da educação básica;

2.15. implementar ações com o objetivo de garantir a aplicação de uma proposta curricular nas unidades de Ensino Fundamental de todas as dependências administrativas que a promovam, tendo como base as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Fundamental de nove anos;

2.16. promover atividades de desenvolvimento e estímulo às habilidades esportivas nas escolas interligadas a um plano de disseminação do desporto educacional e de desenvolvimento esportivo municipal, estadual e nacional;

2.17. coordenar o alinhamento entre as redes públicas estadual e municipais em relação aos currículos, principalmente na articulação da passagem do 5° ao 6° ano, assegurando aos alunos um percurso escolar harmonioso;

2.18. criar mecanismos para o acompanhamento individualizado dos (as) alunos (as) do Ensino Fundamental, inclusive no que se refere à frequência irregular e à evasão, para garantir a conclusão dessa etapa de ensino;

2.19. incentivar a participação dos pais ou responsáveis no acompanhamento das atividades escolares dos filhos por meio do estreitamento das relações entre as escolas e as famílias;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

2.20. estimular a oferta do Ensino Fundamental, em especial dos anos iniciais, para as populações do campo, indígenas e quilombolas, nas próprias comunidades.

META 03: UNIVERSALIZAR, ATÉ 2016, O ATENDIMENTO ESCOLAR PARA TODA A POPULAÇÃO DE 15 (QUINZE) A 17 (DEZESSETE) ANOS E ELEVAR, ATÉ O FINAL DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DESTE PME, A TAXA LÍQUIDA DE MATRÍCULAS NO ENSINO MÉDIO PARA 85% (OITENTA E CINCO POR CENTO).

ESTRATÉGIAS:

3.1. colaborar com o Governo do Estado de São Paulo na institucionalização de programa de renovação do Ensino Médio, subsidiando informações acerca dos aspectos socioculturais e econômicos imprescindíveis à articulação entre os conteúdos obrigatórios e eletivos, e fomentando a interação entre os profissionais atuantes nos Ensinos Fundamental e Médio, independentemente da dependência administrativa a que se vinculem, visando favorecer a preparação do aluno para a continuidade e a compatibilização da qualidade dos distintos níveis;

3.2. auxiliar o Governo do Estado de São Paulo no redimensionamento da oferta de Ensino Médio nos turnos diurno e noturno, bem como a distribuição territorial das escolas de Ensino Médio, de forma a atender a toda a demanda, de acordo com as necessidades específicas dos alunos;

3.3. garantir a fruição de bens e espaços culturais, de forma regular, bem como a ampliação da prática desportiva, integrada ao currículo escolar de todos os segmentos da Educação Básica;

3.4. fomentar e divulgar a participação dos estudantes em atividades esportivas, nas esferas: municipal e regional, estadual, federal e internacional;

3.5. instituir nos níveis/segmentos de Educação promovidos nas redes pública e privada de ensino, um sistema de avaliação adequado para pessoas com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento, altas habilidades ou superdotação e distúrbios de aprendizagem;

3.6. manter, ampliar e garantir programas e ações de correção de fluxo do Ensino Fundamental, por meio do acompanhamento individualizado do aluno com rendimento escolar defasado e pela adoção de práticas como aulas de reforço no turno complementar, estudos de recuperação e progressão parcial, de forma a reposicioná-lo no ciclo escolar de maneira compatível com sua idade;

3.7. no que couber, considerando a realização de atendimento dos Ensinos Fundamental e Médio em próprios municipais, e em regime de colaboração, participar do programa nacional de ampliação e reestruturação das escolas públicas, por meio da instalação de quadras poliesportivas, laboratórios, inclusive de informática, espaços para atividades culturais, bibliotecas, auditórios, cozinhas, refeitórios, banheiros e outros equipamentos, bem como de produção de material didático e de formação de recursos humanos para a educação;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

3.8. fomentar a expansão das matrículas gratuitas de Ensino Médio integrado à Educação Profissional, observando-se as peculiaridades das pessoas com deficiência e das populações do campo;

3.9. promover a busca ativa da população de 15 (quinze) a 17 (dezessete) anos fora da escola, em articulação com os serviços de assistência social, saúde e de proteção à adolescência e à juventude;

3.10. estruturar e fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso e da permanência dos jovens beneficiários de programas de transferência de renda, no Ensino Médio, quanto à frequência, ao aproveitamento escolar e à interação com o coletivo, bem como das situações de discriminação, preconceitos e violências, práticas irregulares de trabalho, consumo de drogas, gravidez precoce; em colaboração com as famílias e com órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à adolescência e juventude;

3.11. implementar políticas de prevenção à evasão motivada por preconceito e discriminação racial, por orientação sexual ou identidade de gênero, fortalecendo a rede de proteção contra formas associadas de exclusão, através da articulação e disponibilização dos serviços de assistência social, saúde e de proteção à adolescência e à juventude;

3.12. fomentar programas de educação e de cultura para a população urbana e do campo de jovens e adultos na faixa etária de 15 (quinze) a 17 (dezessete) anos, com qualificação social e profissional para aqueles que estejam fora da escola e com defasagem idade-série;

3.13. colaborar na elaboração de uma proposta de direitos e objetivos de aprendizagem e desenvolvimento para os alunos do Ensino Médio, por meio da participação efetiva e ouvido o Conselho Municipal de Educação, em consulta pública formulada pelo Ministério da Educação, para ser encaminhado ao Conselho Nacional de Educação até o segundo ano de vigência do Plano Nacional de Educação, visando à garantia de formação básica comum;

3.14. colaborar no acesso dos filhos de profissionais que se dedicam a atividades de caráter itinerante ao Ensino Médio;

3.15. colaborar com as demais esferas do poder público para a ampliação do número de vagas e estímulo à participação dos alunos nos cursos das áreas tecnológicas e científicas;

3.16. redimensionar a oferta de ensino médio nos turnos diurno e noturno, atendendo as necessidades específicas dos alunos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

META 04: UNIVERSALIZAR, PARA A POPULAÇÃO DE 4 (QUATRO) A 17 DEZESSETE ANOS, O ATENDIMENTO ESCOLAR AOS ALUNOS COM DEFICIÊNCIA, TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO, ALTAS HABILIDADES OU SUPERDOTAÇÃO E DISTÚRBIOS DE APRENDIZAGEM, PREFERENCIALMENTE, NA REDE REGULAR DE ENSINO, GARANTINDO O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO EM SALAS DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS, CLASSES, ESCOLAS OU SERVIÇOS ESPECIALIZADOS, PÚBLICOS, CONVENIADOS OU COMUNITÁRIOS, NAS FORMAS COMPLEMENTAR E SUPLEMENTAR E SEMPRE QUE, EM FUNÇÃO DAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DOS ALUNOS, NÃO FOR POSSÍVEL SUA INTEGRAÇÃO NAS CLASSES REGULARES.

ESTRATÉGIAS:

4.1. assegurar a contabilização, para fins do repasse do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – FUNDEB, as matrículas dos alunos da educação regular da rede pública que recebam atendimento educacional especializado complementar e suplementar, sem prejuízo do cômputo dessas matrículas na educação básica regular, e as matrículas efetivadas, conforme o censo escolar mais atualizado, na Educação Especial oferecida em
instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos, conveniadas com o poder público, com atuação exclusiva na modalidade, nos termos da Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007;

4.2. implantar salas de recursos multifuncionais e fomentar a formação continuada de professores para o atendimento educacional especializado nas unidades escolares municipais.

4.3. garantir o atendimento educacional especializado complementar e suplementar a todos os alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, matriculados na rede pública de educação básica, conforme necessidade do aluno identificada por meio de diagnóstico e ouvida a família, promovendo a articulação dos serviços de assistência social e saúde;

4.4. garantir a formação continuada de docentes para o Atendimento Educacional Especializado nas escolas municipais;

4.5. assegurar a ação itinerante de docentes e a ampliação ou construção de salas de recursos multifuncionais para o Atendimento Educacional Especializado;

4.6. realizar o transporte escolar adaptado à situação peculiar do aluno portador de necessidades especiais;

4.7. instituir e implementar, preferencialmente em parceria com órgãos e instituições afins, os centros multidisciplinares de apoio, pesquisa e assessoria já existentes no município, articulados e integrados por profissionais das áreas de saúde, assistência social, pedagogia e psicologia, para apoiar o trabalho dos professores da Educação Básica com os alunos com deficiência, transtornos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

globais do desenvolvimento, altas habilidades ou superdotação e distúrbios de aprendizagem;

4.8. instituir, implantar e garantir a observância de programas que promovam a acessibilidade nas escolas das redes pública e privada para garantir o acesso e a permanência dos alunos com deficiência por meio da adequação arquitetônica, da oferta de transporte acessível, da disponibilização de material didático próprio e de recursos de tecnologia assistiva;

4.9. instituir e garantir a oferta de educação bilíngue, em Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS como primeira língua e na modalidade escrita da Língua Portuguesa como segunda língua, aos alunos surdos e deficientes auditivos, matriculados em todos os níveis/segmentos e modalidades da Educação Básica nas redes pública e privada, em escolas e classes bilíngues e em escolas inclusivas, nos termos do art. 22 do Decreto 5626/2005 e dos artigos 24 e 30 da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como a adoção do Sistema BRAILLE de leitura para cegos e surdos cegos.,

4.10. fomentar a educação inclusiva, promovendo a articulação pedagógica entre o ensino regular e o atendimento educacional especializado;

4.11. promover o acompanhamento e o monitoramento do acesso à escola, bem como garantir a presença de facilitador e/ou cuidador, quando o caso recomendar, visando à permanência e ao desenvolvimento escolar dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades ou superdotação e distúrbios de aprendizagem beneficiários de programas de transferência de renda, juntamente com o combate às situações de discriminação, preconceito e violência, com vistas ao estabelecimento de condições adequadas para o sucesso educacional e profissional, em colaboração com as famílias e com órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à infância, à adolescência e à juventude;

4.12. fomentar pesquisas voltadas para o desenvolvimento de metodologias, materiais didáticos, equipamentos e recursos de tecnologia assistiva com vistas na promoção do ensino e da aprendizagem, bem como das condições de acessibilidade, dos(as) estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação;

4.13. estimular e garantir a continuidade da escolarização dos alunos com deficiência na Educação de Jovens e Adultos, de forma a assegurar a educação ao longo da vida, observadas suas necessidades e especificidades, promovendo atendimento assistido por profissional especializado e, quando necessário, com recursos específicos e adequados à espécie e grau de deficiência;

4.14. apoiar a ampliação das equipes de profissionais da Educação para atender à demanda do processo de escolarização dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades ou superdotação e distúrbios de aprendizagem, garantindo a oferta de professores do Atendimento Educacional Especializado, de profissionais de apoio ou auxiliares, tradutores e intérpretes de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

LIBRAS, guias-intérpretes para surdos-cegos, professor de libras prioritariamente surdos e professores bilíngues;

4.15. atender e fazer atender aos indicadores de qualidade emitidos pelo Governo Federal, para o funcionamento de instituições públicas e privadas que prestam atendimento aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades ou superdotação e distúrbios de aprendizagem;

4.16. Assegurar a construção, ampliação e/ou reforma da infraestrutura da escola de Educação Especial, atendendo as necessidades de acessibilidade, conforme legislação vigente.

META 05: ALFABETIZAR TODAS AS CRIANÇAS, NO MÁXIMO, ATÉ O FINAL DO TERCEIRO ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL.

ESTRATÉGIAS:

5.1. estruturar os processos pedagógicos de alfabetização nos anos iniciais do Ensino Fundamental, articulados com estratégias desenvolvidas na pré-escola com qualificação e valorização dos professores alfabetizadores e com apoio pedagógico específico e a flexibilização curricular para as crianças com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades ou superdotação e distúrbios de aprendizagem, a fim de garantir a alfabetização plena de todas as crianças;

5.2. Participar de instrumentos de avaliação nacional periódicos e específicos para aferir a alfabetização das crianças, aplicados a cada ano, bem como estimular na rede municipal a criação de instrumentos de avaliação e monitoramento, implementando medidas pedagógicas para alfabetizar todos os alunos e alunas até o final do 3º (terceiro) ano do ensino fundamental;

5.3 Instituir nas unidades escolares da rede municipal, simulado a ser realizado até a segunda quinzena de junho e semana de resolução de provas teste até a segunda quinzena de novembro, a fim de preparar os alunos para provas de avaliação nacionais e medir o grau de conhecimento doa alunos da rede de ensino;

5.4. fomentar o desenvolvimento de tecnologias educacionais e de inovação das práticas pedagógicas que assegurem a alfabetização e favoreçam a melhoria do fluxo escolar e a aprendizagem dos(as) alunos(as), consideradas as diversas abordagens metodológicas e sua efetividade;

5.5. apoiar a alfabetização das pessoas com deficiência, considerando as suas especificidades, inclusive a alfabetização bilíngue de pessoas surdas, sem estabelecimento de terminalidade temporal;

5.6. apoiar a alfabetização de crianças do campo e de populações itinerantes, com a produção de materiais didáticos específicos, e o desenvolvimento de instrumentos de acompanhamento que considerem a identidade cultural dessas crianças;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

5.7. estabelecer para o 1º e 2º ano do Ensino Fundamental o limite de 25 (vinte e cinco) alunos por classe e, para o 3º ano, o limite de 30 (trinta) alunos por classe;
5.8. Implementar a recuperação paralela para os alunos que apresentem dificuldades de aprendizagem no contra turno com acompanhamento e formação específica para o professor;
5.9. aplicar com responsabilidade os instrumentos de avaliação nacional e estadual periódicos e específicos para aferir a alfabetização das crianças, (aplicados ao longo e ao final do processo) a cada ano, bem como criar instrumentos de avaliação e monitoramento próprios para o município de Igarapava, implementando medidas pedagógicas para alfabetizar todos os alunos até o final do terceiro ano do Ensino Fundamental;
5.10. observados os Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Fundamental e os Referenciais Curriculares Nacionais para este segmento da Educação Básica, adotar tecnologias educacionais para alfabetização de crianças, elegendo métodos e formulando ou adequando propostas pedagógicas;
5.11. em parceria com Instituições de Ensino Superior, promover e estimular a formação inicial e continuada de professores para a alfabetização de crianças, promovendo a valorização profissional, a equiparação de tempo e oportunidades de estudo, com o conhecimento de novas tecnologias educacionais e práticas pedagógicas inovadoras; estimulando a articulação entre programas de pós-graduação stricto sensu e ações de formação continuada de professores para a alfabetização.

META 06: OFERECER EDUCAÇÃO EM TEMPO INTEGRAL EM, NO MÍNIMO, 50% (CINQUENTA POR CENTO) DAS ESCOLAS PÚBLICAS, DE FORMA A ATENDER, PELO MENOS, 25% (VINTE E CINCO POR CENTO) DOS ALUNOS DA EDUCAÇÃO BÁSICA.
ESTRATÉGIAS:
6.1. promover, com o apoio da União, a expansão gradativa da oferta de Educação Básica pública em tempo integral, por meio de atividades de acompanhamento pedagógico e multidisciplinares, inclusive culturais e esportivas, de forma que o tempo de permanência dos alunos na escola, ou sob sua responsabilidade, passe a ser igual a sete horas diárias durante todo o ano letivo, respeitada a opção da família e a possibilidade de atendimento em cada momento;
6.2. institucionalizar e manter, em regime de colaboração, participação e/ou criação de programa de ampliação, adaptação e reestruturação das escolas municipais, por meio da instalação de quadras poliesportivas, laboratórios, inclusive de informática, espaços para atividades culturais, bibliotecas, auditórios, cozinhas, refeitórios, banheiros e outros equipamentos, bem como de produção de material didático e de formação de recursos humanos para a educação em tempo integral, respeitadas as necessidades e especificidades de cada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

nível/segmento e modalidade da Educação Básica atendida;

6.3. fomentar a articulação da escola com os diferentes espaços educativos, culturais e esportivos, e equipamentos públicos como centros comunitários, bibliotecas, praças, parques, museus, teatros, cinemas e planetários;

6.4. estimular a oferta de atividades voltadas à ampliação da jornada escolar de alunos matriculados nas escolas da rede pública de Educação Básica por parte das entidades privadas de serviço social vinculadas ao sistema sindical, de forma concomitante e em articulação com a rede pública de ensino;

6.5. articular-se com as entidades beneficentes de assistência social, certificadas nos termos da Lei Federal nº 12.101/2009, para que estas promovam a aplicação em gratuidade determinada naquela Lei para a ampliação da jornada escolar de alunos matriculados nas escolas da rede pública de Educação Básica;

6.6. atender às escolas do campo e aos filhos de profissionais que se dedicam a atividades de caráter itinerante na oferta de educação em tempo integral, com base em consulta prévia e informada, considerando-se as peculiaridades da clientela;

6.7. garantir, a partir do 5º (quinto) ano de vigência do PME, a educação em tempo integral para pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades ou superdotação e distúrbios de aprendizagem, na Educação Infantil, Ensino Fundamental, Educação de Jovens e Adultos, assegurando Atendimento Educacional Especializado complementar e suplementar ofertado em salas de recursos multifuncionais da própria escola e/ ou outra unidade escolar municipal especializada;

6.8. Promover a implementação das vagas e oferecimento da educação em tempo integral de maneira gradativa, realizando fiscalização do aumento, bem como de sua qualidade a cada dois anos;

META 07: FOMENTAR A QUALIDADE DA EDUCAÇÃO BÁSICA EM TODAS ETAPAS E MODALIDADES, COM MELHORIA DO FLUXO ESCOLAR E DE APRENDIZAGEM DE MODO A ATINGIR AS SEGUINTES MÉDIAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS LOCAIS PARA O IDEB:

IDEB	2013	2015	2017	2019	2021	2023
EF- AI	5,4	5,7	5,9	6,2	6,5	6,7
EF-AF	4,4	4,8	5,0	5,3	5,6	5,8
EM	3,9	4,3	4,6	4,9	5,1	5,3

ESTRATÉGIAS:

7.1. assegurar que: a) no 5º (quinto) ano de vigência deste PME, pelo menos 70% (setenta por cento) dos alunos do Ensino Fundamental tenham alcançado nível suficiente de aprendizado em relação aos direitos e objetivos de aprendizagem e desenvolvimento de seu ano de estudo e 50% (cinquenta por cento), pelo menos,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

o nível desejável; e b) no último ano de vigência deste PME, os estudantes do Ensino Fundamental e Médio tenham alcançado nível suficiente de aprendizado em relação aos direitos e objetivos de aprendizagem e desenvolvimento de seu ano de estudo e 80% (oitenta por cento), pelo menos, o nível desejável;

7.2. colaborar para que as dependências administrativas promotoras do Ensino Médio no município de Igarapava consigam alcançar os mesmos níveis indicados para o Ensino Fundamental na estratégia 7.1 deste PME;

7.3. participar da construção, em regime de colaboração com os demais entes federados, de um conjunto nacional de indicadores de avaliação institucional com base no perfil do alunado e do corpo de profissionais da Educação, nas condições de infraestrutura das escolas, nos recursos pedagógicos disponíveis, nas características da gestão e outras dimensões relevantes, considerando as especificidades das modalidades de ensino;

7.4. criar, induzir e garantir execução e manutenção do processo contínuo de auto avaliação das escolas de Educação Básica, por meio da constituição de instrumentos de avaliação que orientem as dimensões a serem fortalecidas, destacando-se a elaboração de planejamento estratégico, a melhoria contínua da qualidade educacional, a formação continuada dos profissionais da Educação e a garantia da gestão democrática;

7.5. formalizar e executar os planos de ações articuladas, dando cumprimento às metas de qualidade estabelecidas para a Educação Básica pública e às estratégias de apoio formativo, técnico e financeiro voltadas à melhoria da gestão educacional, à formação inicial e continuada de professores e profissionais de serviços e apoio escolar, à ampliação e desenvolvimento de recursos pedagógicos e à melhoria e expansão da infraestrutura física da rede escolar;

7.6. acompanhar e divulgar ampla e bienalmente os resultados pedagógicos dos indicadores do sistema nacional de avaliação da Educação Básica e do IDEB, relativos às escolas, às redes públicas de Educação Básica e aos sistemas de ensino coexistentes no âmbito municipal, assegurando a contextualização desses resultados, com relação a indicadores sociais relevantes, como os de nível socioeconômico das famílias dos alunos, e a transparência e o acesso público às informações técnicas de concepção e operação do sistema de avaliação;

7.7. considerando o regime de colaboração, buscar a prestação de assistência técnica, financeira e formativa, principalmente quando os resultados alcançados no IDEB assim o recomendar;

7.8. criar e aprimorar continuamente instrumentos próprios de avaliação da qualidade do Ensino Fundamental e Médio, de forma a englobar o ensino de ciências nos exames aplicados nos anos finais desse nível da Educação Básica, bem como, até o segundo ano de vigência deste PME, criar relatórios de acompanhamento e/ou indicadores específicos de avaliação da qualidade da Educação Especial, de modo subsidiário e suplementar aos instrumentos avaliativos nacionais;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

7.9. orientar a política pública municipal de Educação, de forma a buscar atingir as metas do IDEB, diminuindo até o último ano de vigência deste PME, a diferença entre as escolas municipais públicas ou privadas, elevando o nível geral com vistas a equiparar ou superar as médias estadual e nacional em cada período;

7.10. melhorar o desempenho dos alunos da Educação Básica nas avaliações da aprendizagem no Programa Internacional de Avaliação de Alunos - PISA, tomado como instrumento externo de referência, internacionalmente reconhecido, de acordo com as seguintes projeções:

PISA	2012	2015	2018	2021
Média dos resultados em Matemática/ Leitura/e Ciências	417	438	455	473

7.11. Selecionar e adotar tecnologias educacionais certificadas e inovação das práticas pedagógicas para a Educação Infantil, o Ensino Fundamental e o Ensino Médio outros segmentos e modalidades de Educação Básica promovidos pelas redes pública e privada de ensino, assegurada a diversidade de métodos e propostas pedagógicas, com preferência para softwares livres e recursos educacionais abertos, que assegurem a melhoria do fluxo escolar e a aprendizagem dos alunos; bem como promover o acompanhamento dos resultados nas redes onde forem aplicados, principalmente naquelas sobre as quais couber a supervisão do órgão municipal de Educação;

7.12. garantir plenamente o transporte gratuito para todos os alunos do campo na faixa etária da educação escolar obrigatória, mediante renovação e padronização integral da frota de veículos, de acordo com especificações definidas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – INMETRO, buscando financiamento compartilhado, com participação da União e do Estado, proporcional às necessidades de cada um dos entes federados, visando reduzir a evasão escolar e o tempo médio em deslocamento a partir de cada situação local;

7.13. implementar o desenvolvimento de tecnologias educacionais e de inovação das práticas pedagógicas na rede municipal de ensino, inclusive a utilização de recursos educacionais abertos, que assegurem a melhoria do fluxo escolar e a aprendizagem dos(as) alunos(as);

7.14. universalizar, até o 5º (quinto) ano de vigência deste PME, o acesso à rede mundial de computadores em banda larga de alta velocidade e triplicar, até o final da década, a relação computadores/aluno nas escolas da rede pública de Educação Básica, promovendo a utilização pedagógica das tecnologias da informação e da comunicação;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

7.15. apoiar técnica e financeiramente a gestão escolar mediante transferência direta de recursos financeiros à escola, garantindo a participação da comunidade escolar no planejamento e na aplicação dos recursos, visando à ampliação da transparência e ao efetivo desenvolvimento da gestão democrática;

7.16. assegurar, em todas as escolas da rede pública, o fornecimento de água tratada e saneamento básico, energia elétrica, acessibilidade à pessoa com deficiência, instalação, adequação e acesso à biblioteca informatizada e com acesso a redes digitais e internet, espaços para prática de esportes, laboratórios de ciências e de informática, equipamentos multimídia e recursos tecnológicos digitais, culturais e de arte, adaptados às necessidades e especificidades da clientela atendida, na conformidade das faixas etárias, segmentos e modalidades da Educação Básica;

7.17. ampliar programas e aprofundar ações de atendimento ao aluno, em todos os níveis, segmentos e modalidades da Educação Básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação suficiente e de qualidade e assistência à saúde;

7.18. buscar estender aos estabelecimentos educacionais privados da rede beneficente ou filantrópica, que promovam qualquer nível, segmento ou modalidade de Educação Básica de forma gratuita, a mesma estrutura de bens e serviços, equalizando a qualidade da Educação a todos os alunos da rede municipal de ensino;

7.19. buscar e participar, em regime de colaboração, de programa(s) nacional(is) de reestruturação e aquisição de equipamentos para escolas públicas, visando à equalização regional das oportunidades educacionais;

7.20. observando os parâmetros curriculares nacionais desenvolvidos pela União, e diretrizes pedagógicas para a Educação Básica, promover a Educação com direitos e objetivos comuns de aprendizagem e de desenvolvimento dos alunos para todos os segmentos e modalidades da Educação Básica, respeitadas as diversidades locais e o nível cognitivo dos alunos;

7.21. colaborar com a União e demais entes federados no estabelecimento de parâmetros mínimos de qualidade dos serviços da Educação Básica, aplicá-los e observá-los como referência para a infraestrutura das escolas, recursos pedagógicos, entre outros insumos relevantes, bem como instrumento para a adoção de medidas para a melhoria da qualidade do ensino no município de Igarapava;

7.22. prover equipamentos e recursos tecnológicos digitais para a utilização pedagógica no ambiente escolar a todas as escolas públicas da educação básica, criando inclusive mecanismos para implementação das condições necessárias para a universalização das bibliotecas nas instituições educacionais, com acesso a redes digitais de computadores, inclusive a internet;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

7.23. informatizar integralmente a gestão das escolas públicas municipais e do órgão municipal de gestão da Educação, buscando manter consonância com sistemas informatizados de outros entes públicos, especialmente da Secretaria de Estado da Educação, bem como criar programa de formação inicial e continuada para o pessoal técnico atuante na rede pública municipal;

7.24. garantir políticas de combate à violência na escola, inclusive pelo desenvolvimento de ações destinadas à capacitação de educadores(as) para detecção dos sinais de suas causas, como a violência doméstica e sexual, favorecendo a adoção das providências adequadas que promovam a construção de cultura de paz e ambiente escolar dotado de segurança para a comunidade;

7.25. colaborar com as políticas de inclusão e permanência na escola para adolescentes e jovens que se encontram em regime de liberdade assistida e em situação de rua, assegurando-se os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente de que trata a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990;

7.26. garantir os conteúdos da história e cultura afro-brasileira e indígena, nos currículos e ações educacionais, nos termos da Lei Federal nº 10.639/2003, e da Lei Federal nº 11.645/2008, assegurando-se a implementação das respectivas diretrizes curriculares nacionais, por meio de ações colaborativas com fóruns de educação para a diversidade étnico-racial, conselhos escolares, equipes pedagógicas e com a sociedade civil;

7.27. consolidar a educação escolar no campo, de populações tradicionais e de populações itinerantes, respeitando a articulação entre os ambientes escolares e comunitários, e garantindo o desenvolvimento sustentável e preservação da identidade cultural; a participação da comunidade na definição do modelo de organização pedagógica e de gestão das instituições, consideradas as práticas socioculturais e as formas particulares de organização do tempo; a reestruturação e a aquisição de equipamentos; a oferta de programa para a formação inicial e continuada de profissionais da educação; e o atendimento em educação especial;

7.28. desenvolver currículos e propostas pedagógicas específicas para educação escolar urbana e para alunos provindos do campo, incluindo os conteúdos culturais correspondentes às especificidades locais e considerando o fortalecimento das práticas socioculturais; produzindo e disponibilizando materiais didáticos específicos para cada caso, com respeito e atenção especial ao nível cognitivo, à faixa etária e às modalidades da Educação de Jovens e Adultos e da Educação Especial;

7.29. criar estratégias para mobilização das famílias e dos setores da sociedade civil, articulando a educação formal com experiências de educação popular e cidadã, com os propósitos de que a educação seja assumida como responsabilidade de todos e de ampliar o controle social sobre o cumprimento das políticas públicas educacionais;

7.30. garantir a promoção da articulação dos programas da área da educação, de âmbito local e nacional, com os de outras áreas como saúde, trabalho e emprego,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

assistência social, esporte, cultura, possibilitando a criação de rede de apoio integral às famílias, como condição para a melhoria da qualidade educacional;

7.31. universalizar, mediante articulação entre os órgãos responsáveis pelas áreas da saúde e da Educação, o atendimento aos estudantes da rede escolar pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção, acompanhamento e atenção à saúde;

7.32. estabelecer ações efetivas especificamente voltadas para a promoção, prevenção, atenção e atendimento à saúde e integridade física, mental e emocional dos profissionais da educação, como condição para a melhoria da qualidade educacional;

7.33. aderir e colaborar para o fortalecimento dos sistemas de avaliação nacional e estadual, além de desenvolver os próprios instrumentos de avaliação, contribuindo para a orientação das políticas públicas e das práticas pedagógicas, com amplo fornecimento e divulgação de informações aos entes públicos de modo geral, e, em especial, às escolas e à sociedade;

7.34. promover, com especial ênfase, em consonância com as diretrizes do Plano Nacional do Livro e da Leitura, a formação de leitores e a capacitação de professores, bibliotecários e agentes da comunidade para atuar como mediadores da leitura, de acordo com a especificidade das diferentes etapas do desenvolvimento e da aprendizagem;

7.35. incentivar a participação de professores e alunos em formação realizada por programa nacional, instituído em regime de articulação entre os distintos entes públicos, visando promover e consolidar a política de preservação da memória nacional;

7.36. promover, a regulação da oferta da Educação Básica pela iniciativa privada, de forma a garantir a qualidade e cumprimento da função social da educação.

META 08: ELEVAR A ESCOLARIDADE MÉDIA DA POPULAÇÃO DE 18 (DEZOITO) A 29 (VINTE E NOVE) ANOS, DE MODO A ALCANÇAR O MÍNIMO 12 (DOZE) ANOS DE ESTUDO NO ÚLTIMO ANO, PARA AS POPULAÇÕES DO CAMPO, E EM SETORES ONDE SE IDENTIFICAR A MENOR ESCOLARIDADE NO MUNICÍPIO, BEM COMO DOS 25% (VINTE E CINCO POR CENTO) MAIS POBRES, E IGUALAR A ESCOLARIDADE MÉDIA ENTRE NEGROS E NÃO NEGROS DECLARADOS À FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE.

ESTRATÉGIAS:

8.1. criar ou adotar programas institucionalizados e desenvolver métodos e tecnologias para a correção de fluxo, acompanhamento pedagógico individualizado, recuperação paralela, bem como priorizar estudantes com rendimento escolar defasado, considerando as especificidades dos segmentos populacionais descritos na meta;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

8.2. implementar programas de Educação de Jovens e Adultos para os segmentos populacionais descritos na meta, que estejam fora da escola ou com defasagem idade/ série, adotando estratégias que garantam a continuidade da escolarização, inclusive com a associação a cursos profissionalizantes;
8.3. garantir acesso gratuito a exames de certificação da conclusão dos Ensinos Fundamental e Médio, com ampla divulgação à comunidade;
8.4. através da articulação do poder público, buscar junto às entidades privadas de serviço social e aquelas vinculadas ao sistema sindical, a expansão da oferta gratuita de Educação Profissional Técnica, de forma concomitante ao ensino ofertado na rede escolar pública, para os segmentos populacionais descritos na meta;
8.5. promover, em parceria com as áreas de saúde e assistência social, o acompanhamento e monitoramento do acesso à escola específicos para os segmentos populacionais descritos na meta, identificar motivos de ausência e baixa frequência e colaborar com os entes federados atuantes para a garantia de frequência e apoio à aprendizagem, de maneira a estimular a ampliação do atendimento desses estudantes na rede pública regular de ensino;
8.6. promover busca ativa de jovens fora da escola pertencentes aos segmentos populacionais descritos na meta, em parceria com as áreas de assistência social, saúde e proteção à juventude.

META 09: ELEVAR A TAXA DE ALFABETIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM 15 (QUINZE) ANOS OU MAIS PARA 93,5% (NOVENTA E TRÊS VÍRGULA CINCO POR CENTO) ATÉ 2015 E, ATÉ O FINAL DA VIGÊNCIA DESTE PME, ERRADICAR O ANALFABETISMO ABSOLUTO E REDUZIR EM 50% (CINQUENTA POR CENTO) A TAXA DE ANALFABETISMO FUNCIONAL.
ESTRATÉGIAS:
9.1. assegurar a oferta gratuita da Educação de Jovens e Adultos a todos os que não tiveram acesso à educação básica na idade própria;
9.2. realizar diagnóstico dos jovens e adultos com Ensino Fundamental e Médio incompletos, a fim de identificar a demanda ativa por vagas na educação de jovens e adultos;
9.3. implementar ações de alfabetização de jovens e adultos com garantia de continuidade da escolarização básica, especialmente aos alunos provindos das comunidades do campo;
9.4. participar caso criado, de benefício adicional no programa nacional de transferência de renda, vinculado ao aproveitamento escolar e assiduidade, para jovens e adultos que frequentarem cursos de alfabetização;
9.5. divulgar amplamente a oferta da Educação de Jovens e Adultos e suas vantagens para a formação, independentemente dos motivos da interrupção dos estudos e, de modo articulado, realizar chamadas públicas regulares para Educação de Jovens e Adultos, promovendo-se busca ativa em regime de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

colaboração entre entes federados e em parceria com organizações da sociedade civil;

9.6. realizar avaliação por meio de exames específicos, que permitam aferir o grau de alfabetização de jovens e adultos com mais de quinze anos de idade;

9.7. executar ações de atendimento ao aluno da Educação de Jovens e Adultos por meio de programas suplementares de transporte, alimentação e saúde, inclusive atendimento oftalmológico com fornecimento gratuito de óculos e acompanhamento psicológico, em articulação com a área da saúde;

9.8. garantir ao aluno da Educação de Jovens e Adultos condições de acesso e permanência na escola, com estruturas físicas adequadas, disponibilização de horários favoráveis à sua frequência, profissionais capacitados para atendimento das especificidades dessa modalidade e acesso às tecnologias e oportunidades de aprendizagem;

9.9. assegurar a oferta de Educação de Jovens e Adultos, nas etapas de Ensino Fundamental e colaborar para acesso ao Ensino Médio, às pessoas privadas de liberdade em todos os estabelecimentos penais, assegurando-se formação específica dos professores e implementação de diretrizes nacionais, em regime de colaboração;

9.10. Adequar a oferta da Educação de Jovens e Adultos ao Parâmetros Nacionais Curriculares, emitidos pelo Conselho nacional de Educação, carga horária, grade curricular flexível, em parceria ao Ensino Profissionalizante;

9.11. apoiar técnica e financeiramente os projetos existentes e os projetos inovadores na Educação de Jovens e Adultos, que visem ao desenvolvimento de modelos adequados às necessidades específicas desses alunos;

9.12. no âmbito de sua competência e possibilidades administrativas municipais, estabelecer mecanismos e incentivos que integrem os segmentos empregadores, públicos e privados, e os órgãos gestores da Educação, para promover a compatibilização da jornada de trabalho dos empregados com a oferta das ações de alfabetização e de Educação de Jovens e Adultos;

9.13. Buscar novos recursos pedagógicos, e informatizar a Educação de Jovens e Adultos;

9.14. implementar programas de capacitação tecnológica da população jovem e adulta, direcionados para os segmentos com baixos níveis de escolarização formal e alunos com deficiência, articulando-se com os demais entes federados promotores de educação profissional e tecnológica, universidades, cooperativas e associações, por meio de ações de extensão desenvolvidas em centros vocacionais tecnológicos, com tecnologias assistivas que favoreçam a efetiva inclusão social e produtiva dessa população;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

META 10: OFERECER, NO MÍNIMO, 25% (VINTE E CINCO POR CENTO) DAS MATRÍCULAS DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS NA FORMA INTEGRADA À EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, NOS ENSINOS FUNDAMENTAL E MÉDIO.

ESTRATÉGIAS:

10.1. criar projetos em Educação de Jovens e Adultos voltados à conclusão do Ensino fundamental e à formação profissional inicial, de forma a estimular a conclusão da Educação Básica;

10.2. expandir as matrículas na Educação de Jovens e Adultos, de modo a articular a formação inicial e continuada de trabalhadores com a Educação Profissional, objetivando a elevação do nível de escolaridade do trabalhador;

10.3. fomentar a integração da Educação de Jovens e Adultos com a Educação Profissional, em cursos planejados de acordo com as características do público da Educação de Jovens e Adultos e considerando as especificidades das populações itinerantes e do campo, bem como adequando às necessidades do mercado de trabalho e a realidade econômica local, inclusive na modalidade de Educação a Distância;

10.4. ampliar as oportunidades profissionais dos jovens e adultos com deficiência e baixo nível de escolaridade, por meio do acesso à Educação de Jovens e Adultos articulada à Educação Profissional;

10.5. participar de programa nacional de reestruturação e aquisição de equipamentos, voltados à expansão e à melhoria da rede física de escolas públicas que atuam na Educação de Jovens e Adultos integrada à Educação Profissional, garantindo acessibilidade à pessoa com deficiência, bem como o acesso dos alunos às novas tecnologias e oportunidades de aprendizagem;

10.6. estimular a diversificação curricular da Educação de Jovens e Adultos, articulando a formação nos conteúdos obrigatórios à preparação para o mundo do trabalho e estabelecendo inter-relação entre teoria e prática, nos eixos da ciência, do trabalho, da tecnologia e da cultura e cidadania, de forma a organizar o tempo e o espaço pedagógicos adequados às características desses alunos;

10.7. fomentar a produção de material didático, atualizar currículos e metodologias específicas, e criar instrumentos específicos de avaliação, acesso a equipamentos, laboratórios e formação continuada dos docentes articulada à Educação Profissional;

10.8. articular-se com entidades privadas de formação profissional vinculadas ao sistema sindical e entidades sem fins lucrativos de atendimento à pessoa com deficiência, com atuação exclusiva na modalidade, para promoção e expansão da oferta pública de formação inicial e continuada para trabalhadores, de modo conjunto com a Educação de Jovens e Adultos;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

10.9. participar de programa nacional e/ ou garantir programa municipal de assistência ao estudante e desenvolver políticas próprias, compreendendo ações de assistência social, financeira e de apoio psico-pedagógico que contribuam para garantir o acesso, a permanência, a aprendizagem e a conclusão com êxito da educação de jovens e adultos articulada à educação profissional;

10.10. implementar mecanismos de reconhecimento de saberes dos Jovens e Adultos trabalhadores, a serem considerados na articulação curricular dos cursos de formação inicial e continuada e dos cursos técnicos de nível médio;

10.11. considerar, nas políticas públicas de jovens e adultos, as necessidades específicas dos idosos, dos trabalhadores rurais e itinerantes, por meio de disponibilização de horários e carga horária especiais, metodologias específicas e conteúdos adaptados à realidade dos alunos, especialmente quanto ao nível de escolaridade.

META 11: COOPERAR PARA A EXPANSÃO DO NÚMERO DE VAGAS E FOMENTAR O AUMENTO DE MATRÍCULAS DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO, ASSEGURANDO A QUALIDADE DA OFERTA E PELO MENOS 50% (CINQUENTA POR CENTO) DA EXPANSÃO NO SEGMENTO PÚBLICO.

ESTRATÉGIAS:

11.1.através de ações governamentais, buscar a colaboração dos entes federados constitucionalmente competentes para expandir as matrículas e os cursos presenciais na Educação Profissional Técnica de nível médio nas redes federal, estadual e municipal subsidiando informações quanto à distribuição territorial da oferta e da demanda, aspectos produtivos, econômicos sociais e culturais e especificidades locais;

11.2. Expandir gradualmente o número de matrículas na Escola Profissionalizante do Município, bem como identificar novas demandas com o oferecimento de novos cursos.

11.3. fomentar a expansão da oferta de Educação Profissional Técnica de nível médio nas modalidades de Educação à Distância e Presencial, na rede municipal e estadual, com a finalidade de democratizar o acesso à Educação Profissional pública e gratuita;

11.4. viabilizar, no âmbito da Administração Pública, e estimular, dentre os demais empregadores públicos e privados do município e região, a expansão do estágio na Educação Profissional Técnica de nível médio e do Ensino Médio regular, preservando-se seu caráter pedagógico integrado ao itinerário formativo do aluno, visando à formação de qualificações próprias da atividade profissional, à contextualização curricular e ao desenvolvimento da juventude;

11.5. ampliar a oferta de programas de reconhecimento de saberes para fins da certificação profissional em nível técnico.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

11.6. através de ações governamentais, estimular a ampliação da oferta de matrículas gratuitas de Educação Profissional Técnica de nível médio pelas entidades privadas de formação profissional vinculadas ao sistema sindical e entidades sem fins lucrativos de atendimento à pessoa com deficiência com atuação exclusiva na modalidade, participando e contribuindo com a realização de diagnóstico e verificação de interesses de formação.

11.7. acompanhar, em regime de colaboração, o sistema de avaliação da qualidade da Educação Profissional Técnica de nível médio das redes escolares públicas e privadas;

11.8. acompanhar, em regime de colaboração, o atendimento ao Ensino Médio gratuito integrado à formação profissional ofertada pelo município para as populações do campo e itinerantes, de acordo com os seus interesses e necessidades;

11.9. Colaborar com o ente responsável para elevar gradualmente a taxa de conclusão média dos cursos técnicos de nível médio na rede federal de educação profissional, científica e tecnológica para 90% (noventa por cento), bem como expandir gradativamente o número de matrículas nos cursos técnicos do município;

11.10. Acompanhar, em regime de colaboração, o investimento em programas de assistência estudantil e mecanismos de mobilidade acadêmica, visando a garantir as condições necessárias à permanência dos estudantes e à conclusão dos cursos técnicos de nível médio e profissionalizantes, especialmente aqueles promovidos pelo poder público municipal;

11.11. reduzir as desigualdades étnico-raciais e regionais no acesso e permanência na Educação Profissional Técnica de nível médio, inclusive mediante a adoção de políticas afirmativas, na forma da lei;

11.12. estruturar sistema municipal de informação profissional, articulando a oferta de formação das instituições especializadas em Educação Profissional com dados do mercado de trabalho.

META 12: ESTIMULAR, ATRAVÉS DE AÇÕES COORDENADAS DAS REDES PÚBLICAS MUNICIPAL E ESTADUAL E REDE PRIVADA, A CONTINUIDADE DA FORMAÇÃO DA POPULAÇÃO DE 18 (DEZOITO) A 24 (VINTE E QUATRO) ANOS, ATRAVÉS DO SEU INGRESSO NO ENSINO SUPERIOR, BEM COMO A POSSIBILIDADE DE CRIAÇÃO DE VAGAS E DE CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR NAS MODALIDADES PRESENCIAL E À DISTÂNCIA NO MUNICÍPIO, ASSEGURADA A QUALIDADE DA OFERTA E EXPANSÃO DAS VAGAS, ESPECIALMENTE NO SEGMENTO PÚBLICO.

12.1. através de ações governamentais, buscar, contribuir e sugerir para a instalação de novos cursos e expansão de vagas nas Instituições Públicas de Ensino Superior, atuando, principalmente, no favorecimento do acesso a esse nível da Educação;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

12.2. ampliar a oferta de vagas, por meio da expansão do convênio/ parceria da rede federal de educação superior, da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica e do Sistema Universidade Aberta do Brasil, a oferta dos cursos já existentes, bem como cursos novos;

12.3. Manter e fomentar o convênio/ parceria entre o Poder Público Municipal e faculdades/universidades privadas, com o oferecimento de descontos em percentuais na mensalidade de determinados cursos selecionados pela Administração Municipal, visando estimular o acesso da população ao Nível Superior de Ensino.

12.4. através de ações governamentais e da articulação com os entes federados constitucionalmente competentes, buscar a oferta de educação superior pública e gratuita prioritariamente para a formação de professores para a Educação Básica, sobretudo nas áreas com déficit de profissionais em áreas específicas;

12.5. estimular, em regime de colaboração, a implementação das políticas públicas de inclusão e de assistência estudantil dirigidas aos alunos de instituições públicas e bolsistas de instituições privadas de Educação Superior, de modo a reduzir as desigualdades étnico-raciais e ampliar as taxas de acesso e permanência na Educação Superior de estudantes egressos da escola pública, afrodescendentes, e de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, altas habilidades ou superdotação e distúrbios de aprendizagem, de forma a apoiar seu sucesso acadêmico, principalmente através dos serviços públicos de transporte, segurança, assistência social, saúde, proteção à juventude e acessibilidade;

12.6. viabilizar, no âmbito da Administração Pública, e estimular, dentre os demais empregadores públicos e privados do município, a ampliação da oferta de estágio como parte da formação na Educação Superior;

12.7. implementar de acordo com as possibilidades da Administração Municipal, curso pré-vestibular, em parceria com instituições pública e/ou privadas, em regime de colaboração com o ente público responsável, destinados a população carente e menos favorecida socioeconomicamente, visando garantir a Educação Superior;

12.8. assegurar condições de acessibilidade nas instituições municipais que ofertam o Ensino superior Presencial ou à distância, na forma da legislação.

12.9. contribuir com os entes federados constitucionalmente competentes, para a efetivação de estudos e pesquisas que analisem a necessidade de articulação entre formação. currículo, pesquisa e mundo do trabalho, considerando as necessidades econômicas, sociais e culturais do município de Igarapava;

12.10. colaborar para a ampliação de programas e ações de incentivo à mobilidade estudantil e docente em cursos de graduação e pós-graduação, em âmbito nacional e internacional, tendo em vista o enriquecimento da formação de nível superior;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

12.11. colaborar com os demais entes federados no mapeamento da demanda e fomento da oferta de formação de pessoal de nível superior, destacadamente a que se refere à formação nas áreas de ciências e matemática, considerando as necessidades do desenvolvimento do município, a inovação tecnológica e a melhoria da qualidade da educação básica;

META 13: BUSCAR, JUNTO ÀS ESFERAS GOVERNAMENTAIS COMPETENTES, BEM COMO FOMENTAR DENTRE A INICIATIVA PRIVADA, A IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU, A FIM DE ELEVAR A QUALIDADE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR PELA AMPLIAÇÃO DA PROPORÇÃO DE MESTRES E DOUTORES DO CORPO DOCENTE EM EFETIVO EXERCÍCIO NO CONJUNTO DO SISTEMA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR PARA 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO), SENDO, DO TOTAL, NO MÍNIMO, 35% (TRINTA E CINCO POR CENTO) DE DOUTORES.

ESTRATÉGIAS:

13.1. promover a melhoria da qualidade dos cursos de pedagogia e licenciaturas, por meio da aplicação de instrumento próprio de avaliação aprovado pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior - CONAES, integrando-os às demandas e necessidades das redes de educação básica, de modo a permitir aos graduandos a aquisição das qualificações necessárias a conduzir o processo pedagógico de seus futuros alunos (as), combinando formação geral, educação para as relações étnico-raciais, além de prática didática.

13.2. contribuir para a melhoria da qualidade dos cursos de pedagogia e licenciaturas, assegurando o acesso ao estágio curricular obrigatório nas unidades escolares municipais, bem como nas demais estruturas públicas educacionais existentes, de modo a permitir aos graduandos a aquisição das qualificações necessárias a conduzir o processo pedagógico de seus futuros alunos, combinando formação geral, educação para as relações étnico-raciais, além de prática didática;

13.3. buscar parcerias com as instituições públicas e privadas de Ensino Superior, sobretudo as que ofereçam formação compatível com o universo de atuação da administração pública, de modo a disponibilizar campo de estudo para a realização de pesquisa institucionalizada, articuladas a programas de pós-graduação stricto sensu, contribuindo para elevar o padrão de qualidade da Educação Superior;

13.4. estimular a formação de consórcios, convênios, termos de parceria e outros instrumentos aptos a formalizar a interação entre instituições públicas e privadas de Educação Superior e o governo municipal, com vistas à promoção do acesso de alunos egressos da Educação Básica pública, e da inserção da população em geral nas atividades de ensino, pesquisa e extensão promovidas pelas instituições;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

13.5. adotar políticas de valorização dos profissionais atuantes na área pública formados em nível de pós-graduação lato e stricto sensu, como forma de estimular e contribuir para o aumento do número de matrículas na pós-graduação.

META 14: COLABORAR COM OS DEMAIS ENTES FEDERADOS NA IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICA NACIONAL DE FORMAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO, BUSCANDO A MELHORIA DA QUALIDADE DA FORMAÇÃO INICIAL DE NÍVEL SUPERIOR E BUSCANDO, PARA TODOS OS PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA PÚBLICA, FORMAÇÃO CONTINUADA, ESPECÍFICA DO SEU CAMPO DE ATUAÇÃO, OBTIDA EM CURSO DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO NA ÁREA DE CONHECIMENTO EM QUE ATUAM.

ESTRATÉGIAS:

14.1. atuar conjuntamente, com base em plano estratégico que apresente diagnóstico das necessidades de formação de profissionais da Educação e da capacidade de atendimento por parte de instituições públicas e comunitárias de Educação Superior, e defina obrigações recíprocas entre os partícipes;

14.2. colaborar com a política de incentivo à formação superior para a docência, divulgando cursos de licenciatura bem avaliados pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES, e fomentando a proposta de amortização do saldo devedor do financiamento estudantil pela atuação do egresso na docência efetiva na rede pública de Educação Básica;

14.3. colaborar com o programa permanente de iniciação à docência aos alunos matriculados em cursos de licenciatura, a fim de aprimorar a formação de profissionais para atuar no magistério da Educação Básica, através de programas de valorização do profissional já atuante e da abertura da rede pública de Educação Básica para o intercâmbio de conhecimento e a realização do estágio;

14.4. manter atualizada a plataforma eletrônica disponibilizada pelo Ministério da Educação para organizar a oferta e as matrículas em cursos de formação inicial e continuada de profissionais da educação, bem como para divulgação e atualização dos currículos eletrônicos dos docentes;

14.5. implementar programas específicos para formação de profissionais da Educação para as escolas do campo, de Educação de Jovens e Adultos e para a Educação Especial;

14.6. valorizar o estágio nos cursos de licenciatura, visando trabalho sistemático de conexão entre a formação acadêmica dos alunos e as demandas da Educação Básica;

14.7. buscar, junto ao Ministério da Educação, cursos e programas especiais para assegurar a formação específica na Educação Superior, em suas respectivas áreas de atuação, aos docentes em efetivo exercício na Educação Básica das redes pública, com formação de nível médio na modalidade normal, não licenciados ou licenciados em área diversa da atuação docente, bem como

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

estimular a participação efetiva desses profissionais nessas oportunidades de formação;

14.8. fomentar a oferta de cursos técnicos de nível médio e tecnológicos de nível superior destinados à formação, em suas respectivas áreas de atuação, dos profissionais da educação de outros segmentos que não os do magistério;

14.9. em regime de colaboração entre os entes federados, construir e implantar, no prazo de um ano de vigência do Plano Nacional, política de formação continuada para os profissionais da Educação de outros segmentos que não os do magistério.

META 15: FORMAR EM NÍVEL DE PÓS-GRADUAÇÃO 75 % (SETENTA E CINCO POR CENTO) DOS PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA, ATÉ O ÚLTIMO ANO DE VIGÊNCIA DESTE PME, E GARANTIR A TODOS OS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA FORMAÇÃO CONTINUADA EM SUA ÁREA DE ATUAÇÃO, CONSIDERANDO AS NECESSIDADES, DEMANDAS E CONTEXTUALIZAÇÕES DO SISTEMA DE ENSINO MUNICIPAL/ESTADUAL.

ESTRATÉGIAS:

15.1. realizar, em regime de colaboração, o planejamento estratégico para dimensionamento da demanda por formação continuada e fomentar a respectiva oferta por parte das instituições públicas de educação superior, de forma orgânica e articulada às políticas de formação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

15.2. colaborar, no que couber ao município, na consolidação do sistema nacional de formação de professores e professoras da Educação Básica;

15.3. aderir e participar do programa de composição de acervo de obras didáticas, paradidáticas, de literatura e dicionários e programa específico de acesso a bens culturais, sem prejuízo de outros, a serem disponibilizados aos professores da Educação Básica das redes pública e privada beneficente ou filantrópica de atendimento gratuito, favorecendo a construção do conhecimento e a valorização da cultura da investigação;

15.4. implantar e consolidar portal eletrônico municipal para subsidiar a atuação dos professores e das professoras da educação básica, disponibilizando gratuitamente materiais didáticos e pedagógicos suplementares, inclusive aqueles com formato acessível;

15.5. implementar cursos e programas especiais para assegurar a formação específica na educação superior, nas respectivas áreas de atuação, aos docentes, com formação de nível médio na modalidade normal, não licenciados ou licenciados em área diversa da de atuação docente, em efetivo exercício.

15.6. fortalecer a formação dos professores de Educação Básica atuantes nas redes pública e privada beneficente ou filantrópica de atendimento gratuito, por meio da implementação das ações do Plano Nacional do Livro e Leitura e da

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

adesão e/ou instituição de programa de disponibilização de recursos para acesso aos bens culturais pelo magistério público.

META 16: OBSERVAR A POLÍTICA DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO MAGISTÉRIO DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO BÁSICA, RESPEITANDO O PISO SALARIAL NACIONAL E DEMAIS NORMAS QUE DIGAM RESPEITO À SUA REMUNERAÇÃO, ADEQUAÇÃO DA JORNADA DE TRABALHO, FORMAÇÃO CONTINUADA E CONDIÇÕES DE TRABALHO EQUIPARÁVEIS A DE PROFISSIONAIS COM ESCOLARIDADE EQUIVALENTE, ATÉ O 6º (SEXTO) ANO DE VIGÊNCIA DO PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (PNE).

ESTRATÉGIAS:

16.1. constituir fórum permanente com representação dos trabalhadores em Educação para acompanhamento da atualização progressiva do valor do piso salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da Educação Básica;

16.2. acompanhar a evolução salarial por meio de indicadores obtidos a partir da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios – PNAD, periodicamente divulgados pelo IBGE, além de outros parâmetros afetos à realidade local e regional;

16.3. manter atualizado e em consonância com a legislação infraconstitucional, o plano de carreira e remuneração dos profissionais do magistério público da Educação Básica, assegurada a representatividade desses trabalhadores na formulação das atualizações e implantação gradual do cumprimento da jornada de trabalho em um único estabelecimento escolar;

16.4. observar e atender aos critérios para ampliação da assistência financeira específica da União ao município para implementação de políticas de valorização dos profissionais do magistério, em particular o piso salarial nacional profissional.

META 17: ASSEGURAR, NO PRAZO DE DOIS ANOS DA VIGÊNCIA DESTE PME, A REVISÃO DO PLANO DE CARREIRA E REMUNERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO MAGISTÉRIO, TENDO COMO REFERÊNCIA O PISO SALARIAL NACIONAL PROFISSIONAL, E ELABORAR PLANO DE CARREIRA PARA OS DEMAIS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL NOS TERMOS DO ART. 206, VIII, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.

ESTRATÉGIAS:

17.1. estruturar a rede pública municipal de Educação Básica, de modo que os profissionais do magistério atuantes na docência sejam ocupantes de cargos de provimento efetivo e estejam em exercício na rede pública a qual se vinculem, ressalvados os casos de substituições e projetos de contraturno/Escola de Tempo Integral realizados em parceria com entidades ou outras instituições de ensino;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

17.2. promover, até o segundo ano de vigência deste PME, a execução do processo avaliativo do estágio probatório para os profissionais da Educação Básica da rede pública municipal e, em relação ao professor iniciante, instituir programa de acompanhamento supervisionado por profissional do magistério com experiência de ensino, a fim de fundamentar, com base em avaliação documentada, a decisão pela sua efetivação ao final do estágio probatório;

17.3. prever até o final de vigência deste PME, no plano de carreira dos profissionais da educação do Município de Igarapava, licenças remuneradas para qualificação profissional, inclusive em nível de pós-graduação stricto sensu; considerando a necessidade, demanda e interesse do município;

17.4. participar, em regime de colaboração, do censo promovido pela União, dos profissionais da educação básica de outros segmentos, que não os do magistério;

17.5. requerer ao Governo Federal o repasse de transferências voluntárias para a área da Educação do município, como direito pela efetiva aprovação, por lei específica, dos planos de carreira e remuneração para os profissionais do magistério e para os demais profissionais da Educação Básica da rede pública municipal.

17.6. criar a comissão permanente e representativa de todas as categorias do magistério e demais categorias de profissionais da Educação Básica, como forma de efetivar a gestão democrática da Educação, subsidiar a elaboração, revisão e implementação dos respectivos planos de carreira e remuneração, inclusive como órgão atuante nos processos de avaliação de desempenho e de estágio probatório.

META 18: ASSEGURAR CONDIÇÕES, NO PRAZO DE DOIS ANOS, PARA A EFETIVAÇÃO DA GESTÃO DEMOCRÁTICA DA EDUCAÇÃO, ASSOCIADA A CRITÉRIOS TÉCNICOS DE MÉRITO E DESEMPENHO E À CONSULTA PÚBLICA À COMUNIDADE ESCOLAR, NO ÂMBITO DAS ESCOLAS PÚBLICAS, UTILIZANDO RECURSOS E APOIO TÉCNICO SUBSIDIADOS PELA UNIÃO.

ESTRATÉGIAS:

18.1. de forma articulada à reestruturação da rede pública municipal de Educação Básica, prevista na estratégia 17.1 deste PME, aprovar legislação específica que regulamente a gestão democrática da Educação em âmbito municipal, em consonância com a legislação infraconstitucional vigente, e que considere conjuntamente, para a nomeação dos diretores e diretoras de escola, o ingresso por concursos públicos e/ou com a participação da comunidade escolar;

18.2. aderir e buscar o auxílio de outros entes federados para, em regime de colaboração, assegurar a implantação de programas de apoio e formação aos conselheiros do Conselho de Acompanhamento e controle Social do FUNDEB (CACS/FUNDEB), Conselho de Alimentação Escolar (CAE),

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

Conselho Municipal de Educação, conselhos regionais e outros, bem como aos representantes da Educação em outros conselhos de acompanhamento de políticas públicas, em especial o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselho Tutelar;

18.3. constituir o Fórum Permanente de Educação, com os seguintes objetivos principais: (a) coordenar as conferências municipais de Educação; (b) contribuir na descrição de plano de ações articuladas anual para a execução deste PME; (c) acompanhar a execução deste PME e avaliar os resultados alcançados; (d) alterar ou sugerir novas estratégias; e (e) revisar o PME, se necessário, articulando-o aos Planos Nacional e Estadual de Educação.

18.4. estimular a constituição e o fortalecimento de grêmios estudantis e de associações de pais e mestres, assegurando-se, inclusive, espaço adequado e condições de funcionamento nas instituições escolares públicas e privadas;

18.5. constituir, estimular, e fortalecer os Conselhos Escolares e o Conselho Municipal de Educação, como instrumentos de participação e fiscalização na gestão escolar e educacional, inclusive por meio de programas de formação de conselheiros, assegurando-se condições de funcionamento autônomo;

18.6. estimular a participação e a consulta na formulação dos projetos político-pedagógicos, currículos escolares, planos de gestão escolar e regimentos escolares por profissionais da educação, alunos (as) e familiares;

18.7. favorecer processos de autonomia pedagógica, administrativa e de gestão financeira das unidades escolares e estabelecimentos da rede pública municipal;

18.8. idealizar instrumentos, a fim de subsidiar a definição de critérios objetivos para fins de evolução funcional aos profissionais do Quadro do Magistério pela via não acadêmica, especialmente, aos coordenadores e diretores de escola.

META 19: COLABORAR PARA AMPLIAR O INVESTIMENTO PÚBLICO EM EDUCAÇÃO PÚBLICA DE FORMA A ATINGIR, NO MÍNIMO, O PATAMAR DE 7% (SETE POR CENTO) DO PRODUTO INTERNO BRUTO - PIB DO PAÍS NO 5º (QUINTO) ANO DE VIGÊNCIA DO PNE E, NO MÍNIMO, O EQUIVALENTE A 10% (DEZ POR CENTO) DO PIB AO FINAL DO DECÊNIO.

19.1. buscar fontes de financiamento permanentes e sustentáveis para todos os níveis, etapas e modalidades da Educação Básica, observando as políticas de colaboração entre os entes federados, em especial as decorrentes do art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e do art. 75, § 1º da Lei nº 9.394/1996, que trata da capacidade de atendimento e do esforço fiscal de cada ente federado, com vistas a atender as demandas educacionais do município à luz do padrão de qualidade nacional;

19.2. aperfeiçoar e ampliar os mecanismos de acompanhamento da arrecadação da contribuição social do salário-educação;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

19.3. fortalecer os mecanismos e os instrumentos que assegurem, nos termos do art. 48, parágrafo único, da Lei Complementar nº 101/ 2000, com a redação dada pela Lei Complementar nº 131/2009, a transparência e o controle social na utilização dos recursos públicos aplicados em Educação, especialmente a realização de audiências públicas, a criação de portais eletrônicos de transparência e a capacitação dos membros de conselhos de acompanhamento e controle social do Fundeb (CACS/FUNDEB), em regime de colaboração com o Ministério da Educação (MEC), o órgão gestor da Educação no município e os Tribunais de Contas da União e do estado de São Paulo;

19.4. o município estabelecerá como parâmetro os indicadores de investimento e de custo por aluno desenvolvidos pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira (INEP);

19.5. observar e dar efetivo cumprimento à legislação educacional em vigor e que venha a ser promulgada, em especial aquelas que instituam padrões mínimos de qualidade e que referenciem políticas da União para o cálculo do financiamento da Educação, a exemplo da proposta de implantação do Custo Aluno Qualidade (CAQ) prevista como estratégia do Plano Nacional de Educação (PNE) para a elevação do investimento público em Educação;

19.6. acompanhar a implementação do Custo Aluno Qualidade (CAQ) como parâmetro para o financiamento da Educação de todas etapas e modalidades da educação básica, a partir do cálculo e do acompanhamento regular dos indicadores de gastos educacionais com investimentos em qualificação e remuneração do pessoal docente e dos demais profissionais da educação pública; aquisição, manutenção, construção e conservação de instalações e equipamentos necessários ao ensino, aquisição de material didático-escolar, alimentação e transporte escolar;

19.7. participar ativamente, por meio da representação parlamentar do município, da região e do estado de São Paulo, da regulamentação dos artigos 23, parágrafo único e 211 da Constituição Federal, levando ao conhecimento do legislador federal as propostas e expectativas do município/região em relação à elaboração das normas de cooperação entre os entes federados, em matéria educacional, a articulação dos respectivos sistemas de Educação em regime de colaboração e a repartição equilibrada e proporcional das responsabilidades e dos recursos, bem como exigindo o efetivo cumprimento das funções redistributiva e supletiva pela União no combate às desigualdades educacionais regionais;

19.8. na observância da legislação educacional que disponha sobre a implementação do Custo Aluno Qualidade Inicial (CAQI) e do Custo Aluno Qualidade (CAQ), exigir, sempre que necessário e atendidos os requisitos e critérios legais, a complementação de recursos financeiros pela União, de modo a assegurar a qualidade da Educação no município;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

META 20: COLABORAR PARA ELEVAÇÃO GRADATIVA DO NÚMERO DE MATRÍCULAS NA PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU, DE MODO ATINGIR TITULAÇÃO ANUAL ESPECIFICADA.

ESTRATÉGIAS:

20.1. Estimular e incentivar a busca por parcerias com instituições de Ensino Superior para viabilizar a elevação de matrículas na Pós-Graduação.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SU-3P9G-7EBR-3742

Prefeitura Municipal de Igarapava

FLS: 9

PREFEITO MUNICIPAL

DECRETO Nº2.862, DE 10 DE ABRIL DE 2024

Promove o contingenciamento de despesas e gastos no serviço público municipal, no âmbito do Poder Executivo, e dá outras providências.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, Prefeito do Município de **IGARAPAVA**, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, e tendo em vista a Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal,

Considerando a necessidade da Prefeitura de promover medidas que visem a contenção de despesas, a fim de ajustá-las ao fluxo financeiro da Fazenda Municipal, em face das restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Considerando que a boa gestão dos ingressos financeiros é prática fundamental no Regime de Responsabilidade Fiscal.

Considerando que compete ao Executivo limitar os gastos públicos, bem como executar um rígido controle dos mesmos com exceção das despesas obrigatórias de caráter continuado, previstas em Lei,

Considerando ainda que todos os órgãos e entidades municipais devem participar do esforço conjunto de redução de gastos públicos, com a finalidade de garantir condições para a realização de investimentos indispensáveis ao desenvolvimento do Município,

R E S O L V E:

Art. 1º - Os órgãos da administração pública municipal, para maior controle dos gastos públicos, deverão a partir desta data, e até o encerramento do corrente exercício, seguir as determinações emanadas do presente ato, bem como das Legislações Federal e Municipal que regem a matéria.

Art. 2º - Os gastos públicos somente poderão ser realizados mediante autorização expressa do Chefe do Executivo, cuja destinação deverá ser para casos de extrema urgência e necessidade ou de caráter continuado, e deverão necessariamente estar previstas na LDO e LOA, respectivamente.

Parágrafo único – Excetuam-se do disposto neste artigo os gastos com despesas cuja receita seja oriunda de convênio,contrato de outorga, contrato de concessão, financiamentos em curso, ou aquelas vinculadas constitucionalmente às aplicações no ensino e na saúde.

Art. 3º – Os Departamentos Municipais, através de seus respectivos gestores, ficam obrigados envidar esforços, a fim de atingir a redução de 15% (quinze por cento) nas despesas de custeio e com material de consumo em geral.

Parágrafo Único - Compete a cada Departamento instituir um Plano de Ação, visando a redução de gastos mencionado no caput deste artigo, bem como disciplinar o uso de equipamentos em geral, incluindo-se computadores, internet, telefone, energia elétrica e outros que demandem consumo de energia.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SL-DTJI-7J3S-8EUP

Prefeitura Municipal de Igarapava

PREFEITO MUNICIPAL

DECRETO Nº2.862, DE 10 DE ABRIL DE 2024

Art. 4º - A Administração, por intermédio de seus Departamentos, fica incumbida de proceder a revisão dos contratos, visando redução de 15% (quinze por cento), e identificando aqueles que possam ser descontinuados ou sofrerem redução nas quantidades de bens e serviços contratadas, observados os limites legais e sem prejuízo dos atendimentos julgados essenciais, efetuando inclusive gestões visando angariar reduções mediante acordos firmados com os fornecedores.

Art. 5º – Cada Departamento deverá apresentar ao Prefeito Municipal mensalmente, até o **dia 10 do mês subsequente**, relatório das medidas administrativas que realizou, contendo, na medida do possível, o lançamento dos resultados objetivos ou circunstanciados.

Art. 6º - A Fazenda Municipal deverá emitir carta de aviso de vencimento e cobrança aos devedores de Tributos Municipais do ano vigente e também os da dívida ativa, sensibilizando-os sobre os acréscimos decorrentes da futura execução fiscal judicial.

Art. 7º – Os casos omissos no presente ato serão resolvidos pelo Chefe do Poder Executivo.

Art. 8º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação na forma de costume.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA

Aos10diasdo mês de abril de 2024.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR

PREFEITO MUNICIPAL DE IGARAPAVA

REGISTRADO. Publicado e arquivado em livro próprio, na forma da lei.

LUAN SOARES DA SILVA

CHEFE DE GABINETE

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SL-DTJI-7J3S-8EUP

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413 – CENTRO - CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 – 8200 Fone: (16) 3172 – 3878
rh_@igarapava.sp.gov.br

Declaração

Em atenção à requisição de documentos nº 40 de 2024/MF – processo TC 004422.989.23, solicitado pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo UR – 17 – Unidade Regional de Ituverava – Declaro que o cargo de Fiscal Tributário (redenominado Auditor Fiscal da Receita Municípal) , consta na Lei Complementar nº 94 de 27de março de 2024, que dispõe sobre plano de cargos, vencimentos, carreiras e atribuições dos servidores e empregados públicos do quadro de pessoal do poder executivo do município de Igarapava e contempla o cargo de Fiscal Tributário (redenominado Auditor Fiscal da Receita Municípal).

Igarapava-SP, 06 de agosto de 2024.

Eliana Tiyako Kurimori Afonso
Matrícula - 112181-1
Diretora do Departamento de Recursos Humanos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UL-7Y5U-7K0J-518S
Assinado por 1 pessoa: ELIANA TIYAKO KURIMORI AFONSO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5E15-B001-B27C-1B8B e informe o código 5E15-B001-B27C-1B8B

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 5E1F-B001-B7C2-B8BD

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

ELIANA TIYAKO KURIMORI AFONSO (CPF 122.XXX.XXX-04) em 06/08/2024 09:10:03 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5E1F-B001-B7C2-B8BD

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UL-7Y5U-7K0J-518S

PREFEITURA
MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413 - CENTRO - CEP 14540-000CNPJ
45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 - 8200
E – MAIL: prefeitura@igarapava.sp.gov.br

Declaração

O Departamento de contabilidade declara que não houve relatório anual de avaliação e monitoramento dos programas PPA/LDO.

Igarapava-sp- 29 de julho de 2024

Helem S. Manoel
Chefe de setor Contabilidade e Orçamento

Adélia de Paula
Diretora Financeira

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SA-4V0N-69N4-6VDV

Favoritos Explorar

Comentários

Arquivo Exibir

Planejamento e Execução Municipal Ciclo Orçamentário 2022-2025

Limpar

PPA LDO LOA Alterações Orçamentárias Execução da Receita Execução da Despesa Resultados Programas Resultados Ações

Município: Igarapava | Entidade: Todos | Programa: Todos | Ação: Todos

Fonte de Recurso: Todos | Cód. Aplicação: Todos | Função, Subfunção: Todos | Covid/Corona/Pandemia: Não Sim | 2022 2023 2024

57.352.208,53 TOTAL ALTERAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

57.352.208,53 TOTAL DE CRÉDITOS ABERTOS POR FONTE DE RECURSO

178.977.300,00 DOTAÇÃO INICIAL	33.531.924,66 CRÉDITO ADICIONAL - SUPLEMENTAR	7.699.156,94 SUPERÁVIT FINANCEIRO DE EXERCÍCIO A...	8.201.040,92 EXCESSO DE ARRECADAÇÃO	32.852.010,67 ANULAÇÃO DE DOTAÇÃO	
23.820.283,87 CRÉDITOS ESPECIAIS ABERTOS	0,00 CRÉDITOS ESPECIAIS REABERTOS	0,00 CRÉD. ESPECIAIS REABERTOS - SUPLEMENTA...	8.600.000,00 OPERAÇÕES DE CRÉDITO	0,00 DOTAÇÃO TRANSFERIDA	0,00 RECURSOS SEM DESPESAS CORRESPONDENT...
0,00 CRÉDITOS EXTRAORDINARIOS ABERTOS	0,00 CRÉDITOS EXTRAORDINARIOS REABERTOS	0,00 CRÉD. EXTRAORD. REABERTOS - SUPLEMENTA...	0,00 RESERVA DE CONTINGÊNCIA	-32.852.010,67 (-) CANCELAMENTO DE DOTAÇÕES	
203.477.497,86 DOTAÇÃO ATUALIZADA	32,04% PERCENTUAL ALTERAÇÕES		0,00% PERCENTUAL ALTERAÇÕES CRÉDITOS EXTRAORDINÁRIOS		

Alterações Orçamentárias

CRÉDITO ADICIONAL - SUPLEMENTAR

CRÉDITOS ESPECIAIS ABERTOS

Fontes de Recurso

ANULAÇÃO DE DOTAÇÃO

EXCESSO DE ARRECADAÇÃO

OPERAÇÕES DE CRÉDITO

SUPERÁVIT FINANCEIRO DE EXERCÍCIO ANTERIOR



Exercicio	Município	Entidade	UO	UE	Função	Subfunção	Cód. Proc
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CORPO LEGISLATIVO	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	10
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CORPO LEGISLATIVO	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	10
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CORPO LEGISLATIVO	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	10
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CORPO LEGISLATIVO	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	10
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CORPO LEGISLATIVO	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	10
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CORPO LEGISLATIVO	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	10
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CORPO LEGISLATIVO	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	10
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CORPO LEGISLATIVO	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	10
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CORPO LEGISLATIVO	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	10
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CORPO LEGISLATIVO	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	10
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CORPO LEGISLATIVO	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	10
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	SERVIÇOS DA SECRETARIA	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	11
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	SERVIÇOS DA SECRETARIA	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	11
2023	Igarapava	CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	CAMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	SERVIÇOS DA SECRETARIA	LEGISLATIVA	AÇÃO LEGISLATIVA	11

Total

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SD-AA87-7J0D-52QL

Prefeitura Municipal de Igarapava

PREFEITO MUNICIPAL

LEI Nº 1.055 – DE: 07 DE JULHO DE 2022

"Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para elaboração e execução da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2023, e dá outras providências."

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, Prefeito do Município de Igarapava, Estado de São Paulo, usando das atribuições que lhe são conferidas por lei,

FAÇO SABER, que a Câmara Municipal decretou, e eu, sanciono e promulgo a seguinte Lei:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º - Ficam estabelecidas, para a elaboração do Orçamento do Município de Igarapava, relativo ao exercício de 2023, as Diretrizes Gerais pautadas nos princípios estabelecidos no art. 165, §2º da Constituição Federal, no art. 4º da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal e na Lei Orgânica do Município, compreendendo:

I – Metas e prioridades da administração pública municipal;
II – Metas Fiscais e Riscos Fiscais;
III – Elaboração e execução do orçamento municipal;
IV - Orientações relativas às despesas com pessoal e encargos;
V - Propostas de alteração na legislação tributária do município;
VI – Reserva de Contingência;
VII – Limitação de empenhos;
VIII - Condições e exigências para transferências de recursos a entidades públicas e privadas
IX - Disposições gerais e finais.

CAPÍTULO II
DAS METAS E PRIORIDADES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

Art. 2º - As metas e prioridades da Administração Pública de Igarapava, para o exercício de 2023, respeitadas as disposições constitucionais e legais, em consonância com o PPA 2022-2025, são aquelas especificadas no anexo de Metas e Prioridades, integrantes desta lei, as quais terão precedência na alocação de recursos na Lei Orçamentária de 2023 e na sua execução.

Parágrafo único. As metas e prioridades de que trata este artigo considerar-se-ão modificadas por leis posteriores, inclusive pela lei orçamentária, e pelos créditos adicionais abertos pelo Poder Executivo.

CAPÍTULO III
DAS METAS FISCAIS E RISCOS FISCAIS

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E4B7-1605 e informe o código 5522-8843-E4B7-1605

Art. 3º As metas de resultados fiscais do Município para o exercício de 2023 são as estabelecidas no Anexos de Metas Fiscais, integrantes desta Lei, desdobradas em:

I - Anexo I - Despesas Obrigatórias;

II - Anexo II - Prioridades e Indicadores por Programas;

III - Anexo IIa - Programas, Metas e Ações;

IV - Anexo III - Metas anuais;

V - Anexo IV - Avaliação do Cumprimento das Metas Fiscais do Exercício anterior;

VI - Anexo V - Metas Fiscais atuais comparadas com as Fixadas nos três exercícios anteriores;

VII - Anexo VI - Evolução do Patrimônio Líquido;

VIII - Anexo VII - Origem e Aplicação dos Recursos obtidos com Alienação de Ativos;

IX - Anexo V III - Avaliação da situação financeira e Atuarial do RPPS;

X - Anexo IX - Relatório resumido da Execução Orçamentária;

XI - Anexo X - Estimativa e Compensação de Renúncia de Receita

XII - Anexo XI - Margem de Expansão das Despesas Obrigatórias de Caráter Continuado;

XIII - Anexo XII - Demonstrativo de Riscos Fiscais e Providências.

Art. 4º Os passivos contingentes e outros riscos capazes de afetar as contas públicas estão avaliados no Anexo de Riscos Fiscais, integrantes desta Lei, detalhado no Demonstrativo de Riscos Fiscais e Providências, no qual são informadas as medidas a serem adotadas pelo Poder Executivo caso venham a se concretizar.

Parágrafo único. Para os fins deste artigo, consideram-se passivos contingentes e outros riscos fiscais, possíveis obrigações presentes, cuja existência será confirmada somente pela ocorrência ou não de um ou mais eventos futuros, que não esteja totalmente sob controle do Município.

CAPÍTULO IV
DA ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO MUNICIPAL

Art. 5º A proposta orçamentária, que não conterá dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa face à Constituição Federal e à Lei de Responsabilidade Fiscal, atenderá a um processo de planejamento permanente, à descentralização, à participação comunitária e conterá reserva de contingência.

§ 1º A proposta orçamentária incluirá o orçamento fiscal referente aos Poderes Executivo e Legislativo Municipal, seus fundos e entidades da Administração Direta e Indireta.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E4AD-1605 e informe o código 5522-8843-E4AD-1605

§ 2º A proposta orçamentária conterá o orçamento da seguridade social abrangendo todas as entidades de saúde, previdência e assistência social, quando couber.

Art. 6º A proposta orçamentária abrangerá os Poderes Legislativo e Executivo, seus fundos e entidades da administração direta e indireta, observando-se os seguintes objetivos:

I - combater a pobreza e promover a cidadania e a inclusão social;

II - dar apoio aos estudantes carentes de prosseguirem seus estudos no ensino médio e superior;

III - promover o desenvolvimento do Município e o crescimento econômico;

IV - reestruturação e reorganização dos serviços administrativos, buscando maior eficiência de trabalho e de arrecadação;

V - assistência à criança e ao adolescente;

VI - melhoria da infraestrutura urbana;

VII - oferecer assistência médica, odontológica e ambulatorial à população carente, através do Sistema Único de Saúde;

VIII - austeridade na gestão dos recursos públicos.

Art. 7º A proposta orçamentária para o ano 2023 conterá as metas e prioridades a serem estabelecidas na Relação de Programas que integrará a Lei do Plano Plurianual e ainda as seguintes disposições:

I - as unidades orçamentárias projetarão suas despesas correntes até o limite fixado na receita para o ano em curso;

II - na estimativa da receita considerar-se-á a tendência do presente exercício e o incremento da arrecadação decorrente das modificações na legislação tributária;

III - as receitas e despesas serão orçadas segundo os preços vigentes até *Julho de 2022*, observando a tendência de inflação a ser projetada no PPA, tendência do crescimento econômico e histórico do município;

IV - as despesas serão fixadas no mínimo por elementos, obedecendo às codificações da Portaria Interministerial nº 163/2.001, e o artigo 15, da Lei nº 4.320/1964;

V - os recursos legalmente vinculados à finalidade específica deverão ser utilizados exclusivamente para o atendimento do objeto de sua vinculação, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorrer o ingresso.

Art. 8º O orçamento geral abrangerá os Poderes Executivo e Legislativo e as entidades das Administrações Diretas e Indiretas, quando couber, e será elaborado em conformidade com a Portaria n° 42 do Ministério do Orçamento e Gestão e demais Portarias editadas pelo Governo Federal e, ainda, em conformidade com o art. 15 da Lei Federal nº 4.320/1964.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-EA3D-16D6 e informe o código 5522-8843-EA3D-16D6

Art. 9º A Câmara Municipal deverá enviar sua proposta orçamentária ao Poder Executivo até 30 (trinta) dias antes do prazo de encaminhamento do projeto de lei orçamentária ao Legislativo.

Parágrafo único. O Poder Executivo colocará à disposição da Câmara Municipal, até 15 (quinze) dias antes do prazo de encaminhamento do projeto de lei orçamentária, os estudos e estimativas das receitas para o exercício de 2023, inclusive da receita corrente líquida, acompanhados das respectivas memórias de cálculo.

Art. 10º Na elaboração da proposta orçamentária será atendido preferencialmente aos projetos e atividades constantes das Metas e Prioridades juntamente com o Plano Plurianual relativo ao período de 2022 a 2025, podendo na medida das necessidades, serem elencados novos programas, desde que financiados com recursos próprios ou de outras esferas do Governo, sempre através de novas autorizações legislativas.

Art. 11 A proposta orçamentária que o Poder Executivo encaminhar ao Poder Legislativo compor-se á de:

I - mensagem;

II – projeto de Lei Orçamentária;

III – tabelas explicativas da receita e despesas dos três últimos exercícios.

Art. 12 Integrarão à Lei Orçamentária Anual:

I – Sumário geral da receita por fontes e da despesa por funções de governo;

II – Tabela Explicativa da Evolução da Receita;

III – Tabela Explicativa da Evolução da Despesa;

IV – Anexo 1 – Demonstração da Receita e Despesa Segundo as Categorias Econômicas;

V – Anexo 2 – Receita Segundo as Categorias Econômicas;

VI – Anexo 2 – Despesa Segundo as Categorias Econômicas;

VII – Anexo 2 – Demonstrativo da Despesa por Unidades Orçamentárias Segundo as Categorias Econômicas;

VIII – Anexo 6 – Programa de Trabalho;

IX – Anexo 7 – Programa de Trabalho do Governo – Demonstrativo de Funções, Subfunções e Programas por Projetos, Atividades e Operações Especiais;

X – Anexo 8 – Demonstrativo da Despesa por Funções, Subfunções e Programas conforme o Vínculo com os Recursos;

XI – Anexo 9 – Demonstrativo da Despesa por Órgãos e Funções.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E4B7-1605 e informe o código 5522-8843-E4B7-1605

Art. 13 O Poder Executivo enviará, no prazo consignado na Lei Orgânica Municipal, até **30 de setembro de 2022**, o Projeto de Lei Orçamentária à Câmara Municipal.

Art. 14 Caso o projeto de lei orçamentária não seja devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa, conforme determina o art. 35, § 2º, inciso III, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal, a sua programação poderá ser executada na proporção de 1/12 (um doze avos) do valor previsto no projeto de LOA 2023 do total de cada dotação.

Parágrafo único. Poderão ser executadas as despesas que constituem obrigações constitucionais e legais do Município e as despesas destinadas ao pagamento dos serviços da dívida;

Art. 15 Na execução do orçamento, deverá obrigatoriamente ser utilizado na execução das despesas, o detalhamento até nível de elemento, sendo optativo os seus desdobramentos.

Art. 16 Até trinta dias após a publicação do orçamento, o Poder Executivo editará ato estabelecendo a programação financeira e o cronograma de execução mensal de desembolso.

§ 1º As receitas e despesas, conforme as respectivas previsões, serão programadas em metas de arrecadação e de desembolso mensais.

§ 2º A programação financeira e o cronograma de desembolso de que tratam este artigo poderão ser revistos no decorrer do exercício financeiro a que se referirem, conforme os resultados apurados em função de sua execução.

CAPÍTULO V

DAS ORIENTAÇÕES RELATIVAS ÀS DESPESAS COM PESSOAL E ENCARGOS

Art. 17 O Poder Executivo poderá encaminhar projeto de lei visando revisão do sistema de pessoal, particularmente do plano de carreira e de cargos e salários, incluindo:

I - a concessão, absorção de vantagens e aumento de remuneração de servidores;

II - a criação, aumento e a extinção de cargos ou empregos públicos, bem como a criação e alteração de estrutura de carreira;

III - o provimento de cargos ou empregos e contratações de emergências estritamente necessárias, respeitada a legislação municipal vigente.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-1605 e informe o código 5522-8843-E43D-1605

§ 1º As alterações previstas neste artigo somente ocorrerão se houver dotação orçamentária suficiente para atender as projeções de despesa de pessoal e aos acréscimos dela decorrentes e estiverem atendidos os requisitos e os limites estabelecidos pela Lei Complementar nº 101/2000.

§ 2º Ficam o Executivo e o Legislativo ainda autorizados a promoverem as alterações e adequações de sua estrutura administrativa, desde que sem aumento de despesa, e com o objetivo de modernizar e conferir maior eficiência e eficácia ao poder público municipal.

Art. 18 O total da despesa com pessoal dos Poderes Executivo e Legislativo no mês, somada com os onze meses imediatamente anteriores, verificada ao final de cada quadrimestre, não poderá exceder o percentual de 60% da receita corrente líquida apurada no mesmo período.

§ 1º - O limite de que trata este artigo está assim dividido:

I - 6% (seis por cento) para o Poder Legislativo;

II - 54% (cinquenta e quatro por cento) para o Poder Executivo.

§ 2º A lei que criar cargos, empregos ou funções ou ainda conceder qualquer vantagem ou aumento remuneratório, bem como a admissão ou contratação de pessoal, deverá obrigatoriamente apresentar anexo de impacto orçamentário e financeiro, conforme art. 16 e 17 da Lei Complementar nº 101/2000.

§ 3º O Executivo adotará as seguintes medidas para reduzir as despesas de pessoal, caso estas ultrapassem os limites estabelecidos na Lei Complementar nº 101/2000:

I - redução de vantagens concedidas a servidores;

II - redução ou eliminação das despesas com horas-extras;

III - exoneração de servidores ocupantes de cargos ou empregos em comissão;

IV - demissão de servidores admitidos em caráter temporário.

Art. 19 No exercício de 2023, a realização de serviço extraordinário, quando a despesa houver extrapolado 95% (noventa e cinco por cento) dos limites referidos nos incisos I e II, do §1º do artigo anterior, somente poderá ocorrer quando destinada ao atendimento de relevante interesse público que ensejam situações emergenciais de risco ou de prejuízo para a sociedade, devidamente comprovado.

Parágrafo único. A autorização para a realização de serviços extraordinários, no âmbito do Poder Executivo nas condições estabelecidas no "caput" deste artigo, é de exclusiva competência do Prefeito Municipal.

CAPÍTULO VI

DAS PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO NA LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA DO MUNICÍPIO

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E4A7-1605 e informe o código 5522-8843-E4A7-1605

Art. 20 O Poder Executivo poderá submeter ao Legislativo projetos de lei dispondo sobre alterações na legislação tributária, especialmente sobre:

I - atualização da Planta Genérica de Valores ajustando-a aos movimentos de valorização do mercado imobiliário;

II - revisão e atualização do Código Tributário Municipal, de forma a corrigir distorções, inclusive com relação à progressividade do IPTU e/ou instituir taxas e contribuições criadas por legislação federal;

III - revisão das isenções dos tributos municipais, para manter o interesse público e a justiça fiscal;

IV - revisão das taxas objetivando sua adequação aos custos efetivos dos serviços prestados e ao exercício do poder de polícia do Município;

V - revisão da legislação sobre o uso do solo com redefinição dos limites da zona urbana municipal;

VI - revisão da legislação referente ao Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza;

VII - revisão da legislação aplicável ao Imposto sobre Transmissão Inter Vivos e de Bens Imóveis e Direitos Reais sobre Imóveis;

VIII - instituição de taxas pela utilização efetiva ou potencial de serviços públicos específicos e divisíveis prestados ao contribuinte ou postos à sua disposição;

IX - aperfeiçoamento do sistema de fiscalização, cobrança, execução fiscal e arrecadação de tributos;

X - incentivo ao pagamento dos tributos em atraso, com renúncia de multas e/ou juros de mora.

Art. 21 Os atos relativos à concessão ou ampliação de incentivo ou benefício tributário com vistas a estimular o crescimento econômico, a geração de emprego e renda ou beneficiar contribuintes integrantes de classes menos favorecidas, que importem em renúncia de receita, deverão obedecer às disposições da Lei Complementar nº 101 de 04 de maio de 2000, devendo esses benefícios serem considerados nos cálculos do orçamento da receita, bem como serem objeto de estudos do seu impacto orçamentário e financeiro no exercício em que iniciar sua vigência e nos dois subsequentes.

Parágrafo único. Os tributos lançados e não arrecadados, inscritos em dívida ativa e cujos custos para cobrança sejam superiores ao crédito tributário, poderão ser cancelados mediante autorização em lei, não se constituindo como renúncia de receita.

Art. 22 Os atos de concessão ou ampliação de incentivo ou benefício tributário que importem em renúncia de receita obedecerão às disposições do art. 14, da Lei Complementar nº 101, de 2000.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E4AD-16D6 e informe o código 5522-8843-E4AD-16D6

Parágrafo único. Excluem-se os atos relativos ao cancelamento de créditos inferiores aos custos de cobrança, bem como o desconto para pagamento à vista do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), desde que os respectivos valores tenham composto a estimativa da receita orçamentária.

CAPÍTULO VII
DA RESERVA DE CONTINGÊNCIA

Art. 23 A Lei Orçamentária Anual conterá dotação para Reserva de Contingência de até 1% (um por cento) da Receita Corrente Líquida fixada para o exercício de 2023, a ser utilizada para abertura de créditos adicionais e para o atendimento de passivos contingentes e outros riscos fiscais imprevistos.

Parágrafo único. Caso a reserva de contingência não seja utilizada até 31 de outubro de 2023 para fins de que trata o "caput" deste artigo, poderá ser utilizada como fonte de recursos para abertura de créditos adicionais.

CAPÍTULO VIII
DA LIMITAÇÃO DE EMPENHOS

Art. 24 Na hipótese de ocorrência das circunstâncias estabelecidas no "caput" do artigo 9º e do artigo 31, § 1º, inciso II, todos da Lei Complementar nº 101/2000, o Poder Executivo e o Poder Legislativo procederão à respectiva limitação de empenho e de movimentação financeira, podendo definir percentuais específicos para o conjunto de projetos, atividades e operações especiais.

§ 1º Excluem do "caput" deste artigo as despesas que constituem obrigações constitucionais e legais do Município e as despesas destinadas ao pagamento dos serviços da dívida, bem como buscar-se-á preservar as despesas abaixo hierarquizadas:

I - com alimentação escolar;

II - com atenção à saúde da população;

III - com pessoal e encargos sociais;

IV - com a preservação do patrimônio público, conforme prevê o disposto no artigo 45 da Lei Complementar nº 101/2000;

V - com sentenças judiciais;

VI - com projetos ou atividades vinculadas a recursos oriundos de transferências voluntárias.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-EA3D-1605 e informe o código 5522-8843-EA3D-1605

§ 2º Na hipótese de ocorrência do disposto no "caput" deste artigo, o Poder Executivo comunicará ao Poder Legislativo o correspondente montante que caberá tornar indisponível para empenho e movimentação financeira, acompanhado da devida memória de cálculo e da justificativa do ato.

§ 3º O Poder Legislativo, com base na comunicação de que trata o parágrafo anterior, publicará ato estabelecendo os montantes que, calculados na forma do "caput" deste artigo, caberá ao respectivo órgão à limitação de empenho e movimentação financeira.

CAPÍTULO IX
DAS CONDIÇÕES E EXIGÊNCIAS PARA TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS A ENTIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS

Art. 25 A transferência de recursos às pessoas jurídicas de direito privado, a título de parcerias voluntárias em regime de mútua cooperação, que desenvolvam atividades ou projetos para a consecução de finalidades de interesse público deverá observar as disposições das Instruções nº 01/2020 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e suas alterações e a legislação própria, especialmente:

I - Contratos de Gestão - Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, e Lei Complementar nº 101, de 19 de março de 2015 e a legislação municipal que regulamenta a legislação federal.

II - Termos de Parceria – Lei Federal nº 9.790, de 23 de março de 1999, regulamentada pelo Decreto Federal nº 3.100, de 30 de junho de 1999, alterado pelo Decreto Federal nº 7.568, de 16 de setembro de 2011;

III - Termos de Colaboração e Fomento - Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de2014, alterada pela Lei Federal nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015, regulamentada pelo Decreto Federal nº 8.726, de 27 de abril de 2016, no que couber;

IV - Termo de Compromisso Cultural - Política Nacional da Cultura Viva, nos termos da Lei Federal nº 13.018, de 22 de julho de 2014;

V - Transferências referidas no art. 2º da Lei Federal nº 10.845, de 5 de março de2004, e nos arts. 5º e 33-A da Lei Federal nº 11.947, de 16 de junho de 2009;

VI - Convênios e outros ajustes congêneres - Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de1993 e Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021.

Art. 26 Sem prejuízo das disposições contidas no art. 26 desta Lei, a celebração de ajustes para a destinação de recursos às organizações da sociedade civil dependerá de:

I – plano ou programa de trabalho devidamente aprovado pela área técnica responsável pela respectiva política pública;

II – da formalização de parcerias de acordo com o Marco Regulatório do Terceiro Setor;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-EA3D-1605 e informe o código 5522-8843-EA3D-1605

III - previsão orçamentária em classificação adequada à finalidade do repasse, nos termos da Lei Federal nº 4.320, de 1964;

IV - lei autorizativa, a depender do caso;

V - observância das regras específicas quando efetuada com recursos de fundos especiais, além das regras gerais;

VI - identificação do beneficiário e do valor a ser transferido no respectivo instrumento jurídico adequado;

VII - execução na modalidade de aplicação "50" - transferências à entidade privada sem fins lucrativos, podendo ser classificado da seguinte forma:

- Termo de Colaboração;
- Termo de Fomento;
- Termo de Convênio;
- Termo de Parceria; e
- Contrato de Gestão.

VIII- autorização do Chefe do Poder Executivo;

IX – dentre outros documentos previstos na legislação para formalização da parceria, a depender do ajuste.

Art. 27 Os empenhos da despesa, referentes a transferências de que trata o art. 26, desta Lei, serão feitos, obrigatoriamente, em nome da organização privada.

Art. 28 A administração pública e as entidades do terceiro setor, deverão manter, em seu sítio oficial, a relação das parcerias celebradas, juntamente com os instrumentos jurídicos, planos de trabalho, a documentos exigidos pela legislação vigente e comunicados do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

CAPÍTULO X
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art. 29 Para assegurar a transparência da gestão fiscal e participação popular determinadas no art. 48, parágrafo único, I, da Lei de Responsabilidade Fiscal, caso haja novos períodos de isolamento social decorrentes da necessidade de contenção da disseminação de doenças, serão virtuais as audiências públicas

Art. 30 As transferências financeiras a outras entidades da Administração Pública Municipal serão destinadas ao atendimento de despesas decorrentes da execução orçamentária, na hipótese de insuficiência de recursos próprios para sua realização.

Parágrafo único. Os repasses previstos no caput serão efetuados em valores decorrentes da própria Lei Orçamentária Anual e da abertura de créditos adicionais, suplementares e especiais, autorizados em Lei, e dos créditos adicionais extraordinários.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-1605 e informe o código 5522-8843-E43D-1605

Art. 31 O Poder Executivo é autorizado, nos termos da Constituição Federal, a:

I – abrir créditos adicionais suplementares, por meio de decretos do Executivo, até o limite de 10% (dez por cento) do orçamento das despesas, nos termos da legislação vigente;

II – realizar abertura de créditos adicionais suplementares por conta de superávit financeiro apurado no balanço patrimonial do exercício anterior na forma do art. 43 da lei 4.320/64;

III – transpor, remanejar ou transferir, total ou parcialmente, recursos dentro de uma mesma categoria de programação, nos termos do inciso Vi, artigo 167 da Constituição Federal até o limite de 10% (dez por cento);

IV – realizar operações de crédito por antecipação de receita, nos termos da legislação em vigor;

V – realizar operações de crédito até o limite estabelecido pela legislação em vigor;

VI – contingenciar parte das dotações quando a evolução da receita comprometer os resultados previstos.

§ 1º Os créditos adicionais de que trata o inciso I poderão ocorrer de uma categoria de programação para outra ou de um órgão para outro, dentro da estrutura orçamentária.

§ 2º Entende-se como categoria de programação de que trata o inciso III deste artigo, despesas que fazem parte da mesma classificação funcional programática e que pertencem ao mesmo órgão e unidade orçamentária.

Art. 32 Na ocorrência de não atendimento da meta de resultado fiscal, considerado no § 18, do art. 166, da Constituição, as emendas individuais impositivas sofrerão corte na mesma proporção que o realizado nos demais gastos orçamentários.

Art. 33 São vedados quaisquer procedimentos pelos ordenadores de despesa sem comprovada e suficiente disponibilidade de dotação orçamentária.

Art. 34 As obras em andamento e a conservação do patrimônio público terão prioridade na alocação de recursos orçamentários em relação a projetos novos, salvo projetos programados com recursos de transferências voluntárias e operações de crédito.

Parágrafo único. A inclusão de novos projetos no orçamento somente será possível se estiver previsto no PPA e na LDO e após adequadamente atendidos os em andamento, observado o disposto no "caput" deste artigo.

Art. 35 Para atender o disposto na Lei de Responsabilidade Fiscal, o Poder Executivo se incumbirá do seguinte:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-16D6 e informe o código 5522-8843-E43D-16D6

I – estabelecer Programação Financeira e o Cronograma de execução mensal de desembolso;

II – publicar até 30 dias após o encerramento de cada bimestre, relatório resumido da execução orçamentária, verificando o alcance das metas, e se não atingidas deverá realizar cortes de dotações da Prefeitura;

III – a cada quatro meses o Poder Executivo emitirá o Relatório de Gestão Fiscal, avaliando o cumprimento das Metas Fiscais e garantindo a publicidade dos atos em audiência pública perante a Câmara de Vereadores;

IV – quadrimestralmente será feita audiência pública para a divulgação dos gastos com Saúde Pública e apresentados ao Conselho Municipal de Saúde;

V – o desembolso dos recursos financeiros consignados à Câmara Municipal será feito até o dia 20 de cada mês sob a forma de duodécimos;

VI – os Planos, LDO, Orçamentos, prestação de contas e parecer do Tribunal de Contas do Estado serão amplamente divulgados, inclusive na internet e ficarão à disposição da comunidade.

Art. 36 O Poder Executivo realizará estudos visando à definição de sistema de controle de custos e avaliação de resultados das ações de governo.

Parágrafo único. A alocação de recursos na Lei Orçamentária Anual será feita diretamente à unidade orçamentária responsável pela sua execução de modo a evidenciar o custo das ações e propiciar a correta avaliação dos resultados.

Art. 37 Para efeito de inclusão das normas aplicáveis à criação, expansão ou aperfeiçoamento de ações governamentais que acarretem aumento da despesa, considera-se despesa irrelevante aquela ação cujo montante não ultrapasse, para bens e serviços, os limites dos incisos I e II do artigo 75 da Lei nº 14.133 de 2021.

Art. 38 Os repasses mensais de recursos ao Poder Legislativo serão estabelecidos de forma a garantir o perfeito equilíbrio entre a receita arrecadada e a despesa realizada, obedecendo-se às disposições contidas na Emenda Constitucional nº 25 de 14 de fevereiro de 2000 e Emenda Constitucional nº 58 de 23 de setembro de 2009.

Art. 39 O custeio pelo Poder Executivo Municipal de despesas de competência dos Estados, do Distrito Federal e da União somente poderá ser realizado:

I - caso se refira a ações de competência comum dos referidos entes da Federação, previstas no art. 23 da Constituição Federal;

II - se houver expressa autorização em lei específica, detalhando o seu objeto;

III – caso seja objeto de celebração de convênio, acordo, ajuste ou instrumento congênere;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E4B7-1605 e informe o código 5522-8843-E4B7-1605

IV - se houver previsão na lei orçamentária.

Art. 40 O Poder Executivo Municipal fica autorizado a assinar convênios com o Governo Federal e Estadual por intermédio de seus órgãos da administração direta ou indireta para realização de obras ou serviços de competência ou não do Município.

Art. 41 A dívida mobiliária refinanciada, se houver, será devidamente atualizada pelo IGPM/FGV/SP – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (ou índice que melhor se enquadrar no município), até a data de sua efetiva liquidação.

Art. 42 Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Governo do Município de Igarapava
Aos sete de julho de dois mil e vinte e dois.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Prefeito Municipal

REGISTRADA. Publicada e arquivada em livro próprio, na data supra.

GILCÉLIO DE SOUZA SIMÕES
Chefe de Gabinete

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E437-1605 e informe o código 5522-8843-E437-1605

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

ANEXO I - DESPESAS OBRIGATÓRIAS DE CARÁTER CONTINUADO

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

ITEM	DESCRIÇÃO
1	Aquisição de Veículo
2	Manutenção do Gabinete do Prefeito e Dependencias
3	Manutenção da Atividade Delegada dos Serviços da Polícia Militar
4	Construção de Calçadão
5	Aquisição de Veículos e computadores, impressoras e arquivo
6	Repasse Santa Casa
7	Aquisição de Consultório Odontológico
8	quisição de Móveis e Equipamentos
9	Frota
10	Manutenção das Atividades Legislativas
11	Manutenção da Secretaria da Camara
12	Manutencao da Procuradoria Jurídica do Municipio
13	Manut.do Tiro de Guerra
14	Manutenção dos serviços Junta Militar
15	Contribuição ao PASEP
16	Manut.do Ensino Infantil Pre-Escola
17	Manut.Transp.de Alunos Infantil Pré-Escola
18	Manutençao Transporte de Aluno Fundamental
19	Manut.das Atividades Esportivas
20	Fundo Munic.dos Dir.da Crianca e Adolesc.e Conselho Tutelar
21	Manutenção da Administração da Saúde
22	Manutenção do Ensino Médio
23	Manutencao Servicos Obras e Fiscalizaçao
24	Manutencao dos Servicos Funerarios
25	Manutençao de Limpeza Publica
26	Operacao e Manut.dos Serv.de Estr.de Rodagem Municipal
27	Manut.da Casa do Aconchego
28	Manut Ativbidades Promoção Artisticas e Culturais
29	Manutençao Assistencia ao Idoso
30	Manut. Fundo Munic. Assistencia Social
31	Manutenção da Proteção Social Básica-PSB
32	Manut Proteção Social Básica Especial-Média Complexidade
33	Manutenção do Bloco Gestão SUAS
34	Manut Proteção Social Básica Especial-Alta Complexidade
35	Manutenção do Bloco Bolsa Família
36	Manutenção do Serv de Transp Coletivo
37	Manut. do Fundo Social de Solidariedade
38	Manutenção da Atividade Delegada dos Serviços da Policia Militar
39	Manut. Centro ReferêncIa Assist. Social "CRAS"

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1R1-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5522-8842-E43D-16D6

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

DESPESAS OBRIGATÓRIAS DE CARÁTER CONTINUADO

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

ITEM	DESCRIÇÃO
40	Manutençao de Benefícios
41	Manut. Administração Previdenciária
42	Pagamentos de Precatórios
43	Juros da Dívida Contratada
44	Amortização da Divida Fundada Interna
45	Manut.das Atividades Turisticas
46	Manutenção do Centro Atenção Piscossocial
47	Manutenção do Programa Saúde da Família-PSF
48	Manutenção do PAB Fixo
49	Manutenção Agentes Comunitários da Saúde-ACS
50	Manutenção da Saúde Bucal-SB
51	Manutenção do Teto Financeiro MAC
52	Manutenção do de Assist Farmacêutica Básica
53	Manut da Melhoria ao Acesso e da Qualidade-PMAQ
54	Manutenção do Polo Universitário
55	Manutenção do Programa de Gestão Plena
56	Manutenção do Serviços Iluminaçao Publica
57	Manutenção do Ensino Fundamental
58	Manutenção do Conselho Municpal de Saúde
59	Manutenção do Fundeb - Fundamental
60	Manut. Ensino Infantil FUNDEB Pré-Escola
61	Manut do Ensino Infantil FUNDEB-Creche
62	Manut.Divisão Planejamento e Licitação
63	Manutençao Serviços Contabilidade e Finanças
64	Manutençao Divisao Tributaçao,.Arrecadação e Cadastro
65	Manutençao Administraçao Pessoal
66	Manutençao Divisao de Almoxarifado e Patrimonio
67	Manutençao Vigilancia Sanitaria
68	Manutençao de Classes p/ Excepcional
69	Manutençao do Ensino Infantil-Creche
70	Manutençao Merenda Escolar Infanitl Pré Escola
71	Manutençao Merenda Escolar Fundamental
72	Concessao de Bolsa de Estudos
73	Manutençao Transporte Aluno Ensino Superior
74	Manutençao e Conservaçao Praças e Jardins
75	Manutenção Divisão Tesouraria
76	Manutenção Divisão Administração
77	Manutenção Merenda Escolar Infantil Creche
78	Manutenção PNAE EJA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1R1-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5522-8823-A3D1-16D6

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

DESPESAS OBRIGATÓRIAS DE CARÁTER CONTINUADO

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

ITEM	DESCRIÇÃO
79	Manutenção da Segurança Pública

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

ANEXO II -PRIORIDADES E INDICADORES POR PROGRAMAS (LDO INICIAL 2023)

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

Programa	Descrição

0010 Processo Legislativo

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Ações Administrativas	%	%	100	100

0011 Administração Legislativa

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Processo Legislativo	%	%	100	100

0045 Gestão Político Administrativa

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Gabinete/Tiro Guerra e JSM	%	%	100	100

0046 Adminisração Setorial/Secretarias

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Serviços Secretaria	%	%	100	100

0049 Suporte Administrativo

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Gratificacão	%	%	0	50

0053 Defensoria Pública Municípal

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Procuradoria Juridica	%	%	100	100

0056 Gestão Financeira

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Administração Fazendaria	%	%	100	100

0065 Administração Financeira e Orçamentária

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Contabilidade Controle Orçamento	%	%	100	100

0066 Controle Almoxarifado e Patrimonio

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Almoxarifado e Patrimônio	%	%	100	100

0076 Manutenção Administração de Pessoal

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Administração de Pessoal	%	%	100	100

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F

Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-16D6 e informe o código 5522-8843-E43D-16D6

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PRIORIDADES E INDICADORES POR PROGRAMAS (LDO INICIAL 2023)

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

Programa	Descrição				
0080	**Fiscalização da Receita**				
Indicador		*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Fiscalização de Receitas		%	%	100	100
0085	**Apoio às Ações de Segurança Pública**				
Indicador		*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manutenção do Fundo Municipal de Segurança Pública		%	%	100	100
0089	**Apoio ao Policiamento Comunitário**				
Indicador		*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Monitoramento		UN	UN	100	100
0095	**Programas de Atenção a Pessoas Idosas**				
Indicador		*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut da Atenção Pessoas Idosas		%	%	100	100
0110	**Defesa dos Dir.da Criança e do Adolescente**				
Indicador		*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Assist Criança e Adolescente		%	%	100	100
0120	**Assistencia a População Carente**				
Indicador		*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Assist População		%	%	100	100
0136	**Plano de Seguridade Social dos Servidor (RPPS)**				
Indicador		*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Pagamento dos Inativos e Pensionistas		%	%	100	100
0137	**Administração Previdenciária (RPPS)**				
Indicador		*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Previgarapava		%	%	100	100
0150	**Açoes Medicas Basicas(UBS)**				
Indicador		*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Saude Atenção Basica-SUS		%	%	100	100
0156	**Atendimento Ambulatorial e Hospitalar**				
Indicador		*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Serviços de Saúde		UN	UN	100	100

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F

Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-16D6 e informe o código 5522-8843-E43D-16D6

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PRIORIDADES E INDICADORES POR PROGRAMAS (LDO INICIAL 2023)

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

Programa	Descrição
0209	**Manutenção do Conselho Municipal de Saúde**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manutenção do Conselho Municipal de Saúde	%	%	25	25

0210	**Desenvolvimento da Educação Básica**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Ens. 1º a 8º	%	%	100	100

0212	**Alimentação Escolar**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Distrib. Merenda Esc./Fund/Infantil	%	%	100	100

0214	**Transporte Escolar**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut.T.Aluno-Fund/Infantil	%	%	100	100

0218	**Agricultura, Meio Ambiente e Obras**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Agricultura e Meio Ambiente	UN	UN	100	100

0226	**Ensino Superior**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Transp. Aluno Ensino Superior	%	%	100	100

0230	**Ensino Médio**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Colegio Municipal	%	%	100	100

0240	**Construção de Creches e Pre- Escolas**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
METRO CONSTRUÍDO	m²	Metros Quadrados	25	25

0251	**Atendimento ao Excep. Portadores Deficência**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Pessoas com necessidades especiais	%	%	100	100

0261	**Museu da Memória e Cidadania**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Metros	%	%	25	25

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-16D6 e informe o código 5522-8843-E43D-16D6

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PRIORIDADES E INDICADORES POR PROGRAMAS (LDO INICIAL 2023)

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

Programa	Descrição
0270	**Promoção de Eventos Artisticos e Culturais**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Promoção Artitiscas e Culturais	%	%	100	100

0280	**Desenvolvimento e Expansão Urbana**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Obras	%	%	100	100

0285	**Serviços de Utilidade Publica**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Limpeza publica	%	%	100	100

0288	**Manutenção do Serviço de Transportes Coletivo**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Transporte Coletivo	%	%	25	25

0291	**Construção de Casas Populares**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Casas Populares	UN	UN	25	25

0294	**Regularização Fundiária Interesse Habitacional**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Regularização Fundiária	%	%	100	100

0330	**Implantação do Distrito Industrial**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Implantação do Distrito Industrial	%	%	100	100

0346	**Fomento ao Turismo Local**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Atívid. Turisticas	%	%	100	100

0361	**Conservação de Estradas**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Estr. Rodagem	%	%	100	100

0372	**Desenvolvimento do Esporte Amador**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Ativ Esportivas	%	%	100	100

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-16D6 e informe o código 5522-8843-E43D-16D6

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PRIORIDADES E INDICADORES POR PROGRAMAS (LDO INICIAL 2023)

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

Programa	Descrição
0999	**Reserva de Contingência**

Indicador	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Reserva contingencia/ Reserva RPPS	%	%	100	1001

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F

Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-16D6 e informe o código 5522-8843-E43D-16D6

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

ANEXO IIa - PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0010 Processo Legislativo

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Ações Administrativas	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0002 CAMARA MUNICIPAL								100	1.902.000,00
	010101 Corpo Legislativo								
		2001 Manutenção das Atividades Legislativas							
			01 Legislativa						
				031 Ação Legislativa					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 1.902.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0011 Administração Legislativa

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Processo Legislativo	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0002	CAMARA MUNICIPAL							100	150.000,00
	010102	Serviços da Secretaria							
		1001	Aquisição de Veiculo						
			01	Legislativa					
				031	Ação Legislativa				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0002	CAMARA MUNICIPAL							100	200.000,00
	010102	Serviços da Secretaria							
		1002	Reforma /Ampliação Predio da Camara						
			01	Legislativa					
				031	Ação Legislativa				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0002	CAMARA MUNICIPAL							100	3.000.000,00
	010102	Serviços da Secretaria							
		2002	Manutenção da Secretaria da Camara						
			01	Legislativa					
				031	Ação Legislativa				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 3.350.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0045 Gestão Político Administrativa

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Gabinete/Tiro Guerra e JSM	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								1	20.000,00
	020101 Chefia do Executivo								
		1010 Aquisição de Veiculo							
			04 Administração						
				122 Administração Geral					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	880.000,00
	020101 Chefia do Executivo								
		2003 Manut. do Gabinete do Prefeito e Dependências							
			04 Administração						
				122 Administração Geral					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	10.000,00
	020103 JSM/Tiro de Guerra								
		1004 Reforma/Ampliação das Dependencias Tiro de Guerra e Outros							
			04 Administração						
				122 Administração Geral					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							4 DESPESAS DE CAPITAL		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 60.000,00

020103 JSM/Tiro de Guerra

2007 Manut.do Tiro de Guerra

04 Administração

122 Administração Geral

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 170.000,00

020103 JSM/Tiro de Guerra

2008 Manutenção dos serviços Junta Militar

04 Administração

122 Administração Geral

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

Total Geral do Programa: 1.140.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0046 Adminisração Setorial/Secretarias

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Serviços Secretaria	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	4.900.000,00
	020301	Divisão Administração Geral							
		2297	Manutenção Divisão Administração						
			04	Administração					
				122	Administração Geral				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 4.900.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0049 Suporte Administrativo

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Gratificacão	%	%	0	50

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	460.000,00
	020101	Chefia do Executivo							
		2053	Manutenção da Atividade Delegada dos Serviços da Policia Militar						
			06	Segurança Pública					
				181	Policiamento				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							25	5.000,00
	020907	Divisão de Frota							
		1279	Frota						
			04	Administração					
				452	Serviços Urbanos				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 465.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0053 Defensoria Pública Municípal

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Procuradoria Juridica	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	570.000,00
	020102	Procuradoria Jurídica do Municipio							
		2006	Manutencao da Procuradoria Jurídica do Municipio						
			04	Administração					
				122	Administração Geral				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 570.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0056 Gestão Financeira

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Administração Fazendaria	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	215.000,00
	020202 Divisão de Tesouraria								
		2296 Manutenção Divisão Tesouraria							
			04 Administração						
				123 Administração Financeira					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 215.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0065 Administração Financeira e Orçamentária

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Contabilidade Controle Orçamento	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	1.310.000,00
	020201 Divisão de Contabilidade e Orçamento								
		2011 Contribuicao ao Pasep							
			28 Encargos Especiais						
				845 Transferências					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	3.200.000,00
	020201 Divisão de Contabilidade e Orçamento								
		2080 Pagamentos de Precatórios							
			28 Encargos Especiais						
				843 Serviço da Dívida Interna					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	1.300.000,00
	020201 Divisão de Contabilidade e Orçamento								
		2090 Juros da Dívida Contratada							
			28 Encargos Especiais						
				843 Serviço da Dívida Interna					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:8080/pastadigital/pgValidaAssinaturaDigital.htm e informe o código 5522-8843-F43B-16D6

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 6.000.000,00

020201 Divisão de Contabilidade e Orçamento

2100 Amortização da Divida Fundada Interna

28 Encargos Especiais

843 Serviço da Dívida Interna

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

4 DESPESAS DE CAPITAL

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 1.310.000,00

020201 Divisão de Contabilidade e Orçamento

2283 Manutençao Serviços Contabilidade e Finanças

04 Administração

124 Controle Interno

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

Total Geral do Programa: 13.120.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0066 Controle Almoxarifado e Patrimonio

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Almoxarifado e Patrimônio	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	115.000,00
	020204	Divisão de Planejamento e Licitação							
		2282	Manut.Divisão Planejamento e Licitação						
			04	Administração					
				122	Administração Geral				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							0	20.000,00
	020205	Divisão de Almoxarifado e Patrimonio							
		1282	Aquisição de Veículo para Almoxarifado						
			04	Administração					
				122	Administração Geral				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	2.520.000,00
	020205	Divisão de Almoxarifado e Patrimonio							
		2287	Manutençao Divisao de Almoxarifado e Patrimonio						
			04	Administração					
				122	Administração Geral				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 2.655.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0076 Manutenção Administração de Pessoal

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Administração de Pessoal	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	910.000,00
	020302 Divisão de Recursos Humanos								
		2285 Manutençao Administraçao Pessoal							
			04 Administração						
				122 Administração Geral					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	10.000.000,00
	020302 Divisão de Recursos Humanos								
		2310 Aporte Periódico RPPS							
			04 Administração						
				122 Administração Geral					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 10.910.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0080 Fiscalização da Receita

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Fiscalização de Receitas	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	1.210.000,00
	020203	Divisão de Tributação, Arrecadação e Cadastro							
		2284	Manutençao Divisao Tributaçao,.Arrecadação e Cadastro						
			04	Administração					
				129	Administração de Receitas				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 1.210.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5522-8843-E43D-16D6

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0085 Apoio às Ações de Segurança Pública

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manutenção do Fundo Municipal de Segurança Pública	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	35.000,00
	020101 Chefia do Executivo								
		2347 Manutenção do Fundo Mun. Segurança Pública - FUMSEP							
			06 Segurança Pública						
				181 Policiamento					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 35.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0089 Apoio ao Policiamento Comunitário

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Monitoramento	UN	UN	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	500.000,00
	020101 Chefia do Executivo								
		2346 Monitoramento de Vias Públicas							
			06 Segurança Pública						
				181 Policiamento					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 500.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0095 Programas de Atenção a Pessoas Idosas

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut da Atenção Pessoas Idosas	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								0	1.000.000,00
	020504 Fundo Municipal do Idoso								
		2037 Manutençao Assistencia ao Idoso							
			08 Assistência Social						
				241 Assistência ao Idoso					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	105.000,00
	020504 Fundo Municipal do Idoso								
		2065 Manutenção da Proteção Social Especial de Média Complexidade (Próprio)							
			08 Assistência Social						
				241 Assistência ao Idoso					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 1.105.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0110 Defesa dos Dir.da Criança e do Adolescente

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Assist Criança e Adolescente	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	390.000,00
	020503 Assistência da Criança e do Adolescente								
		2022 Fundo Munic.dos Dir.da Crianca e Adolesc.e Conselho Tutelar							
			08 Assistência Social						
				243 Assistência à Criança e ao Adolescente					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	180.000,00
	020503 Assistência da Criança e do Adolescente								
		2033 Manut.da Casa do Aconchego							
			08 Assistência Social						
				243 Assistência à Criança e ao Adolescente					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 570.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0120 Assistencia a População Carente

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Assist População	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								0	50.000,00
	020104 Fundo Social de Solidariedade								
		2050 Manut. do Fundo Social de Solidariedade							
			08 Assistência Social						
				244 Assistência Comunitária					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	3.050.000,00
	020501 Fundo Munic de Assistencia Social								
		2038 Manut. Fundo Munic. Assistencia Social							
			08 Assistência Social						
				244 Assistência Comunitária					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								0	230.000,00
	020501 Fundo Munic de Assistencia Social								
		2041 Bloco da Proteção Social Básica-PSB (Federal)							
			08 Assistência Social						
				244 Assistência Comunitária					
					05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS				
						14 Transferências Federal Fundo Nacional de Assistência Social			
							3 DESPESAS CORRENTES		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 0 — 180.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2042 Manut Proteção Social Básica Especial-Média Complexidade
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
14 Transferências Federal Fundo Nacional de Assistência Social
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 0 — 20.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2043 Bloco Gestão SUAS (Federal)
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
14 Transferências Federal Fundo Nacional de Assistência Social
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 0 — 155.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2044 Manut Proteção Social Básica Especial-Alta Complexidade
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
01 TESOURO
05 Recursos da Administração Indireta
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 30.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2045 Bloco da Gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
14 Transferências Federal Fundo Nacional de Assistência Social
3 DESPESAS CORRENTES

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA 100 355.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2060 Manutenção da Proteção Social Básica (Próprio)
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA 100 182.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2061 Bloco Proteção Social Especial Média Complexidade E Alta Complexidade (Federal)
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
14 Transferências Federal Fundo Nacional de Assistência Social
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA 100 60.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2062 Bloco da Proteção Social Básica (Estadual)
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
02 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS
19 Transferências Estadual Convênios
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA 100 25.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2063 Bloco da Proteção Social Especial de Média Complexidade (Estadual)
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
02 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS
19 Transferências Estadual Convênios
3 DESPESAS CORRENTES

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA 100 60.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2064 Bloco da Proteção Social Especial de Média Complexidade (Estadual) - Acolhimento
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
02 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS
19 Transferências Estadual Convênios
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA 100 35.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2065 Manutenção da Proteção Social Especial de Média Complexidade (Próprio)
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA 100 15.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2067 Manutenção do Conselho Municipal de Direitos da Mulher
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA 100 100.000,00
020501 Fundo Munic de Assistencia Social
2068 Manutenção do Centro de Atendimento à Mulher
08 Assistência Social
244 Assistência Comunitária
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 10.000,00

020501 Fundo Munic de Assistencia Social

2305 Manutenção do Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescente

08 Assistência Social

244 Assistência Comunitária

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 15.000,00

020501 Fundo Munic de Assistencia Social

2306 Manutenção do Conselho Municipal de Direitos do Idoso

08 Assistência Social

244 Assistência Comunitária

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 15.000,00

020501 Fundo Munic de Assistencia Social

2307 Manutenção do Conselho Municipal de Assistência Social

08 Assistência Social

244 Assistência Comunitária

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

Total Geral do Programa: 4.587.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0136 Plano de Seguridade Social dos Servidor (RPPS)

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Pagamento dos Inativos e Pensionistas	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0003	INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	14.800.000,00
	030101	Previdência Municipal							
		2070	Manutençao de Benefícios						
			09	Previdência Social					
				272	Previdência do Regime Estatutário				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 14.800.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0137 Administração Previdenciária (RPPS)

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Previgarapava	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0003	INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	1.100.000,00
	030101	Previdência Municipal							
		2075	Manut. Administração Previdenciária						
			09	Previdência Social					
				272	Previdência do Regime Estatutário				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 1.100.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0150 Açoes Medicas Basicas(UBS)

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Saude Atenção Basica-SUS	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								1	20.000,00
	020401 Fundo Municipal de Saude								
		1027 Aquis.de Veiculo p/Serviços de Saude							
			10 Saúde						
				301 Atenção Básica					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								1	300.000,00
	020401 Fundo Municipal de Saude								
		1180 Aquisição Ambulancia							
			10 Saúde						
				301 Atenção Básica					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	200.000,00
	020401 Fundo Municipal de Saude								
		1190 Aquisição de Equipamentos e Material Permanente							
			10 Saúde						
				301 Atenção Básica					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							4 DESPESAS DE CAPITAL		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:8080/pastadigital/pgValidaAssinaturasDoc.htm e informe o código: 5522-8843-F43B-16D6

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 0 — 100.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
1283 Construção de UBS
10 Saúde
301 Atenção Básica
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
4 DESPESAS DE CAPITAL

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 25.350.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2025 Manutenção da Administração da Saúde
10 Saúde
301 Atenção Básica
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 5.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2051 Serviços Medicos p/Cirurgia de Catarata c/preço Tabela Sus
10 Saúde
301 Atenção Básica
02 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS
15 Transferências Estadual Sistema Unico de Saúde
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 1.110.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2119 Manutenção do Centro Atenção Piscossocial
10 Saúde
301 Atenção Básica
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
13 Transferências Federal Sistema Unico de Saúde
3 DESPESAS CORRENTES

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 405.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2120 Manutenção do Programa Saúde da Família-PSF
10 Saúde
301 Atenção Básica
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 2.250.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2124 Manutenção do PAB Fixo
10 Saúde
301 Atenção Básica
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
13 Transferências Federal Sistema Unico de Saúde
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 800.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2125 Manutenção Agentes Comunitários da Saúde-ACS
10 Saúde
301 Atenção Básica
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
13 Transferências Federal Sistema Unico de Saúde
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 205.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2126 Manutenção da Saúde Bucal-SB
10 Saúde
301 Atenção Básica
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 1.850.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2127 Manutenção do Teto Financeiro MAC
10 Saúde
301 Atenção Básica
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
13 Transferências Federal Sistema Unico de Saúde
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 280.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2128 Manutenção do de Assist Farmacêutica Básica
10 Saúde
301 Atenção Básica
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
13 Transferências Federal Sistema Unico de Saúde
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 230.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2129 Manut da Melhoria ao Acesso e da Qualidade-PMAQ
10 Saúde
301 Atenção Básica
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
13 Transferências Federal Sistema Unico de Saúde
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 570.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2131 Manutenção do Programa de Gestão Plena
10 Saúde
301 Atenção Básica
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 860.000,00
020401 Fundo Municipal de Saude
2288 Manutençao Vigilancia Sanitaria
10 Saúde
301 Atenção Básica
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

Total Geral do Programa: 34.535.000,00

Programa Descrição

0156 Atendimento Ambulatorial e Hospitalar

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Serviços de Saúde	UN	UN	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	10.600.000,00
	020401	Fundo Municipal de Saude							
		2360	Assistência Hospitalar e Ambulatorial						
			10	Saúde					
				302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 10.600.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0209 Manutenção do Conselho Municipal de Saúde

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manutenção do Conselho Municipal de Saúde	%	%	25	25

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	20.000,00
	020401 Fundo Municipal de Saude								
		2226 Manutenção do Conselho Municpal de Saúde							
			10 Saúde						
				301 Atenção Básica					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 20.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0210 Desenvolvimento da Educação Básica

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Ens. 1º a 8º	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							0	860.000,00
	020602	Setor do Ensino Infantil							
		2014	Manutenção do Ensino Infantil Pre-Escola						
			12	Educação					
				365	Educação Infantil				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							1	1.200.000,00
	020603	Setor de Creche							
		1212	Construção de Creches e Pré-Escola						
			12	Educação					
				365	Educação Infantil				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	1.500.000,00
	020603	Setor de Creche							
		2260	Manutenção do Ensino Infantil FUNDEB Pré-Escola						
			12	Educação					
				365	Educação Infantil				
					05	TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS			
						10	Transferências Federal Fundeb		
							3 DESPESAS CORRENTES		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5522-8843-E43B-16D6

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 120.000,00
020603 Setor de Creche
2289 Manutenção da Educação Especial
12 Educação
365 Educação Infantil
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 1.575.000,00
020603 Setor de Creche
2290 Manutençao do Ensino Infantil-Creche
12 Educação
365 Educação Infantil
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 0 — 50.000,00
020605 Setor do Ensino Fundamental - 25%
1036 Aquisição de Veículo
12 Educação
361 Ensino Fundamental
01 TESOURO
000 A DEFINIR
4 DESPESAS DE CAPITAL

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 10 — 310.000,00
020605 Setor do Ensino Fundamental - 25%
1270 Reforma/Ampliação Predio Escolares
12 Educação
361 Ensino Fundamental
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
4 DESPESAS DE CAPITAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 5.880.000,00
020605 Setor do Ensino Fundamental - 25%
2190 Manutenção do Ensino Fundamental
12 Educação
361 Ensino Fundamental
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 41 — 50.000,00
020605 Setor do Ensino Fundamental - 25%
2210 Manutenção da Educação de Jovens e Adultos-EJA
12 Educação
366 Educação de Jovens e Adultos
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 200.000,00
020606 Fundeb
1150 Reforma/Ampliação Prédios Escolares
12 Educação
361 Ensino Fundamental
02 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS
10 Transferências Federal Fundeb
4 DESPESAS DE CAPITAL

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 18.050.000,00
020606 Fundeb
2230 Manutenção do Fundeb - Fundamental
12 Educação
361 Ensino Fundamental
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
3 DESPESAS CORRENTES

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 1.825.000,00

020606 Fundeb

2260 Manutenção do Ensino Infantil FUNDEB Pré-Escola

12 Educação

365 Educação Infantil

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 2.035.000,00

020606 Fundeb

2270 Manutenção Ensino Infantil Fundeb-Creche

12 Educação

365 Educação Infantil

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

Total Geral do Programa: 33.655.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

Programa Descrição

0212 Alimentação Escolar

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Distrib. Merenda Esc./Fund/Infantil	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							1	80.000,00
	020607	Serviços de Merenda Escolar							
		1264	Reforma/Ampiação Cozinha Piloto						
			12	Educação					
				365	Educação Infantil				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	450.000,00
	020607	Serviços de Merenda Escolar							
		2291	Manutençao Merenda Escolar Infanitl Pré Escola						
			12	Educação					
				365	Educação Infantil				
					05	TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS			
						11	Transferências Federal FNDE		
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	1.760.000,00
	020607	Serviços de Merenda Escolar							
		2292	Manutençao Merenda Escolar Fundamental						
			12	Educação					
				361	Ensino Fundamental				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 210.000,00

020607 Serviços de Merenda Escolar

2299 Manutenção Merenda Escolar Infantil Creche

12 Educação

365 Educação Infantil

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 20.000,00

020607 Serviços de Merenda Escolar

2302 Manutenção PNAE EJA

12 Educação

361 Ensino Fundamental

05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS

11 Transferências Federal FNDE

3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 30.000,00

020607 Serviços de Merenda Escolar

2304 Manutenção Merenda Escolar Ensino Médio

12 Educação

361 Ensino Fundamental

05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS

11 Transferências Federal FNDE

3 DESPESAS CORRENTES

Total Geral do Programa: 2.550.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0214 Transporte Escolar

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut.T.Aluno-Fund/Infantil	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							1	80.000,00
	020604	Serviços de Transporte de Alunos							
		1009	Aquisição de Veiculos						
			12	Educação					
				361	Ensino Fundamental				
					02	TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS			
						16	Transferências Estadual Educação		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							1	50.000,00
	020604	Serviços de Transporte de Alunos							
		1056	Aquisição de Onibus Escolar						
			12	Educação					
				361	Ensino Fundamental				
					05	TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS			
						11	Transferências Federal FNDE		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	105.000,00
	020604	Serviços de Transporte de Alunos							
		2018	Manutenção do Transporte de Alunos Infantil Pré-Escola - Zona Rural						
			12	Educação					
				365	Educação Infantil				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA 100 4.870.000,00

020604 Serviços de Transporte de Alunos

2019 Manutenção Transporte de Aluno Fundamental

12 Educação

361 Ensino Fundamental

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

Total Geral do Programa: 5.105.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0218 Agricultura, Meio Ambiente e Obras

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Agricultura e Meio Ambiente	UN	UN	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							1	100.000,00
	021001	Divisão da Agricultura, Meio Ambiente e Obras							
		1003	Reforma/ampliação do Prédio Igaracão						
			20	Agricultura					
				605	Abastecimento				
						01	TESOURO		
							00 Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							1	80.000,00
	021001	Divisão da Agricultura, Meio Ambiente e Obras							
		1111	Reforma/Ampliação Predio Feira Produtor Rural						
			20	Agricultura					
				605	Abastecimento				
						01	TESOURO		
							00 Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	100.000,00
	021001	Divisão da Agricultura, Meio Ambiente e Obras							
		2308	Manutencao da Divisão de Agricultura, Meio Ambiente e Obras						
			20	Agricultura					
				605	Abastecimento				
						01	TESOURO		
							00 Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar as assinaturas vá ao site http://e-processo.tce.sp.gov.br:80 e informe o código 5522-8843-F43B-16D6

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA 100 200.000,00

021001 Divisão da Agricultura, Meio Ambiente e Obras

2309 Manutenção do Programa Bem Estar Animal Domestico

20 Agricultura

605 Abastecimento

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

Total Geral do Programa: 480.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0226 Ensino Superior

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Transp. Aluno Ensino Superior	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	130.000,00
	020609	Serviços de Assistencia a Educandos							
		2130	Manutenção do Polo Universitário						
			12	Educação					
				364	Ensino Superior				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	150.000,00
	020609	Serviços de Assistencia a Educandos							
		2293	Concessao de Bolsa de Estudos						
			12	Educação					
				364	Ensino Superior				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	1.200.000,00
	020609	Serviços de Assistencia a Educandos							
		2294	Manutençao Transporte Aluno Ensino Superior						
			12	Educação					
				364	Ensino Superior				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 100.000,00

020609 Serviços de Assistencia a Educandos

2348 Reforma e Ampliação do Polo Universitário

12 Educação

364 Ensino Superior

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

4 DESPESAS DE CAPITAL

Total Geral do Programa: 1.580.000,00

Programa Descrição

0230 Ensino Médio

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Colegio Municipal	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	875.000,00
	020608	Serviços de Ensino Medio							
		2027	Manutenção do Ensino Médio e Técnico Profissionalizante						
			12	Educação					
				362	Ensino Médio				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 875.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0240 Construção de Creches e Pre- Escolas

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
METRO CONSTRUÍDO	m²	Metros Quadrados	25	25

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							0	300.000,00
	020603	Setor de Creche							
		1212	Construção de Creches e Pré-Escola						
			12	Educação					
				365	Educação Infantil				
					02	TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS			
						16	Transferências Estadual Educação		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		

Total Geral do Programa: 300.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0251 Atendimento ao Excep. Portadores Deficência

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Pessoas com necessidades especiais	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	100.000,00
	020603 Setor de Creche								
		2289 Manutenção da Educação Especial							
			12 Educação						
				367 Educação Especial					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 100.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0261 Museu da Memória e Cidadania

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Metros	%	%	25	25

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	150.000,00
	020701	Serviços de Arte e Cultura , Desporto e Turismo							
		1057	Museu Memória e Cidadania						
			13	Cultura					
				391	Patrimônio Histórico, Artístico e Arqueológico				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	150.000,00
	020701	Serviços de Arte e Cultura , Desporto e Turismo							
		2349	Construção de Praias e Outros						
			13	Cultura					
				391	Patrimônio Histórico, Artístico e Arqueológico				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		

Total Geral do Programa: 300.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0270 Promoção de Eventos Artisticos e Culturais

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Promoção Artitiscas e Culturais	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	50.000,00
	020701 Serviços de Arte e Cultura , Desporto e Turismo								
		1016 Reforma/Ampliação da Casa da Cultura							
			13 Cultura						
				392 Difusão Cultural					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	1.010.000,00
	020701 Serviços de Arte e Cultura , Desporto e Turismo								
		2034 Manut Ativbidades Promoção Artisticas e Culturais							
			13 Cultura						
				392 Difusão Cultural					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 1.060.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0280 Desenvolvimento e Expansão Urbana

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Obras	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	80.000,00
	020801 Divisão de Fiscalização de Obras								
		1018 Construção de Portal da Entrada da cidade							
			15 Urbanismo						
				451 Infra-Estrutura Urbana					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	750.000,00
	020801 Divisão de Fiscalização de Obras								
		1021 Obras de Guias e Sarjertas							
			15 Urbanismo						
				451 Infra-Estrutura Urbana					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	100.000,00
	020801 Divisão de Fiscalização de Obras								
		1034 Construção/Reforma de Calçadão e Passeios Públicos							
			15 Urbanismo						
				451 Infra-Estrutura Urbana					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							4 DESPESAS DE CAPITAL		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 4.000.000,00
020801 Divisão de Fiscalização de Obras
1200 Recapeamento e Pavimentação de Vias Urbanas
15 Urbanismo
451 Infra-Estrutura Urbana
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
4 DESPESAS DE CAPITAL

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 100.000,00
020801 Divisão de Fiscalização de Obras
1214 Execução de obras de Drenagem de Aguas Pluviais
15 Urbanismo
451 Infra-Estrutura Urbana
05 TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS
18 Transferencias Federal Convênios
4 DESPESAS DE CAPITAL

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 100.000,00
020801 Divisão de Fiscalização de Obras
1230 Reforma/Ampl. Predios Públicos Municipais
15 Urbanismo
451 Infra-Estrutura Urbana
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
4 DESPESAS DE CAPITAL

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 300.000,00
020801 Divisão de Fiscalização de Obras
1251 Construção de Galerias Pluviais
15 Urbanismo
451 Infra-Estrutura Urbana
01 TESOURO
00 Recursos Ordinarios
4 DESPESAS DE CAPITAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA			100	50.000,00
020801	Divisão de Fiscalização de Obras				
1275	Construção de Ciclovia/Ciclofaixas				
15	Urbanismo				
451	Infra-Estrutura Urbana				
01	TESOURO				
00	Recursos Ordinarios				
4	DESPESAS DE CAPITAL				
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA			100	30.000,00
020801	Divisão de Fiscalização de Obras				
1276	Construção/Reforma do Ecoponto				
15	Urbanismo				
451	Infra-Estrutura Urbana				
01	TESOURO				
00	Recursos Ordinarios				
4	DESPESAS DE CAPITAL				
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA			100	5.560.000,00
020801	Divisão de Fiscalização de Obras				
2028	Manutencao Servicos Obras e Fiscalizaçao				
15	Urbanismo				
451	Infra-Estrutura Urbana				
01	TESOURO				
00	Recursos Ordinarios				
3	DESPESAS CORRENTES				
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA			100	80.000,00
020801	Divisão de Fiscalização de Obras				
2350	Obra de Execução de Calçadas, Muros e Outros				
15	Urbanismo				
451	Infra-Estrutura Urbana				
01	TESOURO				
00	Recursos Ordinarios				
4	DESPESAS DE CAPITAL				

Total Geral do Programa: **11.150.000,00**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0285 Serviços de Utilidade Publica

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Limpeza publica	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	3.750.000,00
	020902 Serviços de Limpeza Publica								
		2031 Manutençao de Limpeza Publica							
			15 Urbanismo						
				452 Serviços Urbanos					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	200.000,00
	020903 Serviços de Iluminação Publica								
		1022 Obras e Ampliacao de Rede de Iluminação							
			15 Urbanismo						
				452 Serviços Urbanos					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	2.000.000,00
	020903 Serviços de Iluminação Publica								
		2140 Manutenção do Serviços Iluminaçao Publica							
			15 Urbanismo						
				452 Serviços Urbanos					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							3 DESPESAS CORRENTES		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 10.000,00
- 020904 Serviços do Cemiterio
  - 1031 Reforma e Ampliação do Cemiterio
    - 15 Urbanismo
      - 452 Serviços Urbanos
        - 01 TESOURO
          - 00 Recursos Ordinarios
            - 4 DESPESAS DE CAPITAL

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 0 — 10.000,00
- 020904 Serviços do Cemiterio
  - 1110 Desapropriação/Aquis. Area de Imóvel de Interesse Público .
    - 15 Urbanismo
      - 452 Serviços Urbanos
        - 01 TESOURO
          - 00 Recursos Ordinarios
            - 4 DESPESAS DE CAPITAL

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 460.000,00
- 020904 Serviços do Cemiterio
  - 2029 Manutencao dos Servicos Funerarios
    - 15 Urbanismo
      - 452 Serviços Urbanos
        - 01 TESOURO
          - 00 Recursos Ordinarios
            - 3 DESPESAS CORRENTES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 100 — 80.000,00
- 020905 Serviços de Logradouro Publico
  - 1124 Reforma Ampliação de Praças Públicas
    - 15 Urbanismo
      - 452 Serviços Urbanos
        - 01 TESOURO
          - 00 Recursos Ordinarios
            - 4 DESPESAS DE CAPITAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA — 0 — 320.000,00

020905 Serviços de Logradouro Publico

2295 Manutençao e Conservaçao Praças e Jardins

15 Urbanismo

452 Serviços Urbanos

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

Total Geral do Programa: 6.830.000,00

Programa Descrição

0288 Manutenção do Serviço de Transportes Coletivo

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Transporte Coletivo	%	%	25	25

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	550.000,00
	020908	Serviços de Transporte Coletivo							
		2047	Manutenção do Serv de Transp Coletivo						
			15	Urbanismo					
				453	Transportes Coletivos Urbanos				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 550.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0291 Construção de Casas Populares

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Casas Populares	UN	UN	25	25

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA								100	200.000,00
	020801 Divisão de Fiscalização de Obras								
		1284 Construção Casas Populares e Outros							
			16 Habitação						
				482 Habitação Urbana					
					01 TESOURO				
						00 Recursos Ordinarios			
							4 DESPESAS DE CAPITAL		

Total Geral do Programa: 200.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0294 Regularização Fundiária Interesse Habitacional

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Regularização Fundiária	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	130.000,00
	020801	Divisão de Fiscalização de Obras							
		2351	Regularização Fundiária de Interesse Habitacional						
			16	Habitação					
				452	Serviços Urbanos				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 130.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0330 Implantação do Distrito Industrial

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Implantação do Distrito Industrial	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	1.000.000,00
	020801	Divisão de Fiscalização de Obras							
		1285	Construção do Distrito Industrial						
			22	Indústria					
				662	Produção Industrial				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		

Total Geral do Programa: 1.000.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0346 Fomento ao Turismo Local

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Ativid. Turisticas	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							0	5.000,00
	020701	Serviços de Arte e Cultura , Desporto e Turismo							
		1110	Desapropriação/Aquis. Area de Imóvel de Interesse Público .						
			22	Indústria					
				695	Turismo				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	800.000,00
	020701	Serviços de Arte e Cultura , Desporto e Turismo							
		1265	Constução e Criação de Area Lazer p/ Turismo e Outros						
			22	Indústria					
				695	Turismo				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	860.000,00
	020701	Serviços de Arte e Cultura , Desporto e Turismo							
		2110	Manut.das Atividades Turisticas						
			22	Indústria					
				695	Turismo				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 1.665.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0361 Conservação de Estradas

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Estr. Rodagem	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	300.000,00
	020901	Serviços de Estradas Municipais							
		1024	Construçaõ de.Pontes/Mata-Burros e outros						
			26	Transporte					
				782	Transporte Rodoviário				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							1	550.000,00
	020901	Serviços de Estradas Municipais							
		1032	Aquis. Maquinas Rod. Equip. Pav./ Chassi Caminhão/Carrocerias/Tratores/outros						
			26	Transporte					
				782	Transporte Rodoviário				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	50.000,00
	020901	Serviços de Estradas Municipais							
		1033	Reabilitação/Melhoria de Estradas Rurais						
			26	Transporte					
				782	Transporte Rodoviário				
					02	TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS			
						19	Transferências Estadual Convênios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

0001 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA 100 230.000,00

020901 Serviços de Estradas Municipais

2032 Operacao e Manut.dos Serv.de Estr.de Rodagem Municipal

26 Transporte

782 Transporte Rodoviário

01 TESOURO

00 Recursos Ordinarios

3 DESPESAS CORRENTES

Total Geral do Programa: 1.130.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0372 Desenvolvimento do Esporte Amador

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Manut Ativ Esportivas	%	%	100	100

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	50.000,00
	020701	Serviços de Arte e Cultura , Desporto e Turismo							
		1195	Reforma de Quadra de Esportes						
			27	Desporto e Lazer					
				812	Desporto Comunitário				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							4 DESPESAS DE CAPITAL		
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	410.000,00
	020701	Serviços de Arte e Cultura , Desporto e Turismo							
		2021	Manut.das Atividades Esportivas						
			27	Desporto e Lazer					
				812	Desporto Comunitário				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							3 DESPESAS CORRENTES		

Total Geral do Programa: 460.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

2023

Programa Descrição

0999 Reserva de Contingência

Metas

Indicadores	*Unidade de Medida*		*Indice Recente*	*Indice Futuro*
Reserva contingencia/ Reserva RPPS	%	%	100	1001

Ações

Entidade	*Unid.Orçam.*	*Proj.Ativ.*	*Função*	*SubFunção*	*FonGrupo*	*FonCódigo*	*Categoria*	*Meta*	*Valor*
0001	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	950.000,00
	900000	Reserva de Contingência							
		0999	Reserva de Contingência						
			99	Reserva de Contingência					
				999	Reserva de Contingência				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							9 RESERVA DE CONTINGÊNCIA		
0003	INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE IGARAPAVA							100	1.000.000,00
	900101	Reserva de Contingência-Previdência							
		0999	Reserva de Contingência						
			99	Reserva de Contingência					
				999	Reserva de Contingência				
					01	TESOURO			
						00	Recursos Ordinarios		
							9 RESERVA DE CONTINGÊNCIA		

Total Geral do Programa: 1.950.000,00

Notas Explicativas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

PROGRAMAS, METAS E AÇÕES (LDO INICIAL 2023)

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

Total Geral da LDO: 179.359.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

ANEXO III - METAS ANUAIS

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

AMF - Demonstrativo 1 (LRF, art. 4º, § 1º)

R$ 1,00

ESPECIFICAÇÃO	2023			2024			2025		
	Vl. Corrente (a)	Vl. Constante	% RCL (a/RCL)x100	Vl. Corrente (b)	Vl. Constante	% RCL (b/RCL)x10	Vl. Corrente (c)	Vl. Constante	% RCL (c/PIB
Receita Total	179.359.000,00	172.184.640,00	143,65070	185.098.488,00	179.175.336,38	143,65070	190.651.442,64	184.931.899,36	143,65
Receitas Primárias (I)	150.526.437,95	144.505.380,43	120,55830	155.343.283,97	150.372.298,87	120,55830	160.003.582,48	155.203.475,00	120,55
Receitas Primárias Correntes	147.526.437,95	141.625.380,43	118,15560	152.247.283,97	147.375.370,87	118,15560	156.814.702,48	152.110.261,40	118,15
Impostos, Taxas e Contribuições de Melhoria	14.387.009,03	13.811.528,67	11,52270	14.847.393,32	14.372.276,73	11,52270	15.292.815,12	14.834.030,66	11,52
Contribuições	5.300.000,00	5.088.000,00	4,24480	5.469.600,00	5.294.572,80	4,24480	5.633.688,00	5.464.677,36	4,2
Transferências Correntes	127.000.000,00	121.920.000,00	101,71580	131.064.000,00	126.869.952,00	101,71580	134.995.920,00	130.946.042,40	101,7
Demais Receitas Primárias Correntes	839.428,92	805.851,76	0,67230	866.290,65	838.569,34	0,67230	892.279,36	865.510,98	0,6
Receitas Primárias de Capital	3.000.000,00	2.880.000,00	2,40270	3.096.000,00	2.996.928,00	2,40270	3.188.880,00	3.093.213,60	2,4
Despesa Total	179.359.000,00	172.184.640,00	143,65070	185.098.488,00	179.175.336,38	143,65070	190.651.442,64	184.931.899,36	143,6
Despesas Primárias (II)	137.895.022,15	132.379.221,26	110,44170	142.307.662,86	137.753.817,65	110,44170	146.576.892,75	142.179.585,96	110,4
Despesas Primárias Correntes	127.887.699,94	122.772.191,94	102,42670	131.980.106,34	127.756.742,94	102,42670	135.939.509,53	131.861.324,24	102,4
Pessoal e Encargos Sociais	65.000.000,00	62.400.000,00	52,05920	67.080.000,00	64.933.440,00	52,05920	69.092.400,00	67.019.628,00	52,0
Outras Despesas Correntes	62.887.699,94	60.372.191,94	50,36750	64.900.106,34	62.823.302,94	50,36750	66.847.109,53	64.841.696,24	50,3
Despesas Primárias de Capital	10.007.322,21	9.607.029,32	8,01500	10.327.556,52	9.997.074,71	8,01500	10.637.383,22	10.318.261,72	8,0
Pagamento de Restos a Pagar de Despesas Primárias	0,00	0,00	0,00000	0,00	0,00	0,00000	0,00	0,00	0,0
Resultado Primário (III) = (I - II)	12.631.415,80	12.126.159,17	10,11660	13.035.621,11	12.618.481,22	10,11660	13.426.689,73	13.023.889,04	10,1
Juros, Encargos e Variações Monetárias Ativos (IV)	1.002.801,02	962.688,98	0,80320	1.034.890,65	1.001.774,15	0,80320	1.065.937,37	1.033.959,25	0,8
Juros, Encargos e Variações Monetárias Passivos (V)	2.615.000,00	2.510.400,00	2,09440	2.698.680,00	2.612.322,24	2,09440	2.779.640,40	2.696.251,19	2,0
Resultado Nominal (VI) = (III + (IV - V))	11.019.216,82	10.578.448,15	8,82540	11.371.831,76	11.007.933,13	8,82540	11.712.986,70	11.361.597,10	8,8
Dívida Pública Consolidada	46.577.433,80	44.714.336,45	37,30440	48.067.911,68	46.529.738,51	37,30440	49.509.949,03	48.024.650,56	37,3
Dívida Consolidada Líquida	21.477.433,80	20.618.336,45	17,20150	22.164.711,68	21.455.440,91	17,20150	22.829.653,03	22.144.763,44	17,2
Receitas Primárias advindas de PPP (VII)	0,00	0,00	0,00000	0,00	0,00	0,00000	0,00	0,00	0,0
Despesas Primárias geradas por PPP (VIII)	0,00	0,00	0,00000	0,00	0,00	0,00000	0,00	0,00	0,0
Impacto de saldo das PPP (IX) = (VII - VIII)	0,00	0,00	0,00000	0,00	0,00	0,00000	0,00	0,00	0,0

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA e MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

ANEXO IV - AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS FISCAIS DO EXERCÍCIO ANTERIOR

2023 **Lei: 9999, Data: 30/04/2022**

AMF - Demonstrativo 2 (LRF, art. 4º, §2º, inciso I) R$ 1,00

ESPECIFICAÇÃO	Metas Previstas 2021 (a)	% RCL	Metas Realizadas 2021 (b)	% RCL	Variação	
					Valor (c)=(b-a)	% (c/a)x100
Receita Total	114.831.300,00	102,96560	131.015.068,18	117,47710	16.183.768,18	14,09000
Receitas Primárias (I)	102.131.300,00	91,57790	116.723.297,75	104,66210	14.591.997,75	14,29000
Despesa Total	114.831.300,00	102,96560	117.328.328,83	105,20460	2.497.028,83	2,17000
Despesa Primárias (II)	105.489.200,00	94,58880	103.791.386,19	93,06650	-1.697.813,81	-1,61000
Resultado Primário (I - II)	-3.357.900,00	-3,01090	12.931.911,56	11,59560	16.289.811,56	-485,11900
Resultado Nominal	9.840.186,75	8,82340	13.018.141,17	11,67300	3.177.954,42	32,30000
Dívida Pública Consolidada	20.899.250,76	18,73970	36.947.067,31	33,12930	16.047.816,55	76,79000
Dívida Consolidada Líquida	19.012.588,49	17,04800	7.205.867,83	6,46130	-11.806.720,66	-62,10000

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-1605 e informe o código 5522-8843-E43D-1605

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

ANEXO V - METAS FISCAIS ATUAIS COMPARADAS COM AS FIXADAS NOS TRÊS EXERCÍCIOS ANTERIORES

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

AMF - Demonstrativo 3 (LRF, art. 4º, §2º, inciso II) R$ 1,00

ESPECIFICAÇÃO	VALORES A PREÇOS CORRENTES									
	2020	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	2025	%
Receita Total	112.419.125,61	131.015.068,18	16,54	137.261.800,00	4,77	179.359.000,00	30,67	191.609.000,00	6,83	205.202.000,00	7,09
Receitas Primárias (I)	103.319.258,46	116.723.297,75	12,97	123.562.800,00	5,86	150.526.437,95	21,82	160.714.441,92	6,77	172.109.095,85	7,09
Despesa Total	103.521.448,07	117.328.328,83	13,34	137.261.800,00	16,99	179.359.000,00	30,67	191.609.000,00	6,83	205.202.000,00	7,09
Despesas Primárias (II)	94.964.818,25	103.791.386,19	9,29	121.808.000,00	17,36	137.895.022,14	13,21	147.313.252,16	6,83	157.757.761,74	7,09
Resultado Primário (III) = (I - II)	8.354.440,21	12.931.911,56	54,79	1.754.800,00	-86,43	12.631.415,81	619,82	13.401.189,76	6,09	14.351.334,11	7,09
Resultado Nominal	-13.572.053,08	13.018.141,17	-195,90	9.840.186,75	-24,41	11.019.216,82	11,98	11.771.829,33	6,83	12.606.452,03	7,09
Dívida Pública Consolidada	24.446.107,87	36.947.067,31	51,14	20.899.250,76	-43,43	46.577.433,80	122,87	49.758.672,53	6,83	53.286.562,41	7,09
Dívida Consolidada Líquida	8.486.822,56	7.205.867,83	-15,09	19.012.588,49	163,85	21.477.433,80	12,96	24.658.672,53	14,81	28.186.562,41	14,31

ESPECIFICAÇÃO	VALORES A PREÇOS CONSTANTES									
	2020	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	2025	%
Receita Total	109.197.790,78	126.279.583,79	15,64	131.665.995,20	4,27	172.792.870,91	31,24	184.378.416,04	6,70	185.980.458,39	0,87
Receitas Primárias (I)	100.358.677,47	112.504.383,37	12,10	118.525.467,63	5,35	145.015.836,17	22,35	154.649.699,31	6,64	155.987.410,16	0,86
Despesa Total	100.555.073,40	113.087.545,86	12,46	131.665.995,20	16,43	172.792.870,91	31,24	184.378.416,04	6,70	185.980.458,39	0,87
Despesas Primárias (II)	92.243.631,13	100.039.890,30	8,45	116.842.206,24	16,80	132.846.842,14	13,70	141.754.218,72	6,70	142.980.384,41	0,86
Resultado Primário (III) = (I - II)	8.115.046,34	12.464.493,07	53,60	1.683.261,39	-86,50	12.168.994,03	622,94	12.895.480,59	6,70	13.007.025,75	0,86
Resultado Nominal	-13.183.150,15	12.547.605,95	0,00	9.439.028,06	-24,77	10.615.815,82	12,47	11.327.605,94	6,70	11.425.589,07	0,86
Dívida Pública Consolidada	23.745.612,31	35.611.631,14	49,97	20.047.242,94	-43,71	44.872.286,90	123,83	47.880.972,32	6,70	48.295.139,93	0,86
Dívida Consolidada Líquida	8.243.635,32	6.945.414,78	-15,75	18.237.494,95	162,58	20.691.169,36	13,45	23.728.149,42	14,68	25.546.289,99	7,66

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1R1-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

METAS FISCAIS ATUAIS COMPARADAS COM AS FIXADAS NOS TRÊS EXERCÍCIOS ANTERIORES

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

AMF - Demonstrativo 3 (LRF, art. 4º, §2º, inciso II)

R$ 1,00

ESPECIFICAÇÃO	VALORES A PREÇOS CORRENTES									
	2020	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	2025	%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

ANEXO VI - EVOLUÇÃO DO PATRIMÔNIO LÍQUIDO

2023 **Lei: 9999, Data: 30/04/2022**

AMF - Demonstrativo 4 (LRF, art. 4º, §2º, inciso III) R$ 1,00

REGIME NORMAL						
PATRIMÔNIO LÍQUIDO	2021	%	2020	%	2019	%
Patrimônio/Capital	610.248,81	1,650	610.248,81	6,790	610.248,81	59,710
Reservas	0,00	0,000	0,00	0,000	0,00	0,000
Resultado Acumulado	36.404.363,99	98,350	8.375.443,44	93,210	411.697,76	40,290
TOTAL	37.014.612,80	100,00	8.985.692,25	100,00	1.021.946,57	100,00

REGIME PREVIDENCIÁRIO						
PATRIMÔNIO LÍQUIDO	2021	%	2020	%	2019	%
Patrimônio	0,00	0,000	0,00	0,000	0,00	0,000
Reservas	0,00	0,000	0,00	0,000	0,00	0,000
Lucros ou Prejuízos Acumulados	-92.954.746,20	100,000	-95.570.916,47	100,000	-46.516.883,06	100,000
TOTAL	-92.954.746,20	100,00	-95.570.916,47	100,00	-46.516.883,06	100,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-1605 e informe o código 5522-8843-E43D-1605

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

ANEXO VII - ORIGEM E APLICAÇÃO DOS RECURSOS OBTIDOS COM A ALIENAÇÃO DE ATIVOS

2023 **Lei: 9999, Data: 30/04/2022**

AMF – Demonstrativo 5 (LRF, art.4o, § 2o, inciso III) R$ 1,00

RECEITAS REALIZADAS	2021 (a)	2020 (b)	2019 (c)
RECEITAS DE CAPITAL - ALIENAÇÃO DE ATIVOS (I)	0,00	1.220,00	5.800,00
Alienação de Bens Móveis	0,00	1.220,00	5.800,00
Alienação de Bens Imóveis	0,00	0,00	0,00
Alienação de Bens Intangíveis	0,00	0,00	0,00
Receita de Rendimentos de Aplicações Financeiras	0,00	0,00	0,00

DESPESAS EXECUTADAS	2021 (d)	2020 (e)	2019 (f)
APLICAÇÃO DOS RECURSOS DA ALIENAÇÃO DE ATIVOS (II)	0,00	0,00	0,00
DESPESAS DE CAPITAL	0,00	0,00	0,00
Investimentos	0,00	0,00	0,00
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00
DESPESAS CORRENTES REGIMES PREVIDÊNCIA	0,00	0,00	0,00
Regime Geral de Previdência Social	0,00	0,00	0,00
Regime Próprio dos Servidores Públicos	0,00	0,00	0,00
VALOR(III)	(g) = ((Ia – IId) + IIIh)	(h) = ((Ib – IIe) + IIIi)	(i) = (Ic – IIf)
	7.020,00	7.020,00	5.800,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-1605 e informe o código 5522-8843-E43D-1605

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

ANEXO VIII - AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO FINANCEIRA E ATUARIAL DO RPPS

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

AMF - Demonstrativo 6 (LRF, art. 4º, § 2º, inciso IV, alínea "a") R$ 1,00

RECEITAS E DESPESAS PREVIDENCIÁRIOS DO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES

PLANO PREVIDENCIÁRIO

RECEITAS PREVIDENCIÁRIAS - RPPS	2021	2020	2019
RECEITAS CORRENTES(I)	13.519.296,43	11.727.769,19	16.842.664,13
Receita de Contribuições dos Segurados	2.592.988,66	2.151.645,70	3.262.529,36
Civil	2.592.988,66	2.151.645,70	3.262.529,36
Ativo	2.592.988,66	2.151.645,70	3.262.529,36
Inativo	0,00	0,00	0,00
Pensionista	0,00	0,00	0,00
Militar	0,00	0,00	0,00
Ativo	0,00	0,00	0,00
Inativo	0,00	0,00	0,00
Pensionista	0,00	0,00	0,00
Receita de Contribuições Patronais	9.857.432,16	6.568.287,27	5.887.756,08
Civil	9.857.432,16	6.568.287,27	5.887.756,08
Ativo	9.857.432,16	6.568.287,27	5.887.756,08
Inativo	0,00	0,00	0,00
Pensionista	0,00	0,00	0,00
Militar	0,00	0,00	0,00
Ativo	0,00	0,00	0,00
Inativo	0,00	0,00	0,00
Pensionista	0,00	0,00	0,00
Receita Patrimonial	0,00	0,00	0,00
Receitas Imobiliárias	0,00	0,00	0,00
Receitas de Valores Mobiliários	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas Patrimoniais	0,00	0,00	0,00
Receita de Serviços	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas Correntes	1.068.875,61	3.007.836,22	7.692.378,69
Compensação Previdenciária do RGPS para o RPPS	0,00	0,00	0,00
Aportes Periódicos Amort Déficit Atuarial (II)	1.066.778,31	2.416.763,43	7.671.508,13
Demais Receitas Correntes	2.097,30	591.072,79	20.870,56
RECEITAS DE CAPITAL(III)	0,00	0,00	0,00
Alienação de Bens, Direitos e Ativos	0,00	0,00	0,00
Amortização de Empréstimos	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas de Capital	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS RECEITAS PREVIDENCIÁRIAS RPPS (IV) = (I + III - II)	12.452.518,12	9.311.005,76	9.171.156,00

DESPESAS PREVIDENCIÁRIAS - RPPS	2021	2020	2019
Benefícios - Civil	11.142.521,70	11.888.817,41	13.410.075,38
Aposentadorias	11.142.521,70	11.888.817,41	13.410.075,38
Pensões	0,00	0,00	0,00
Outros Benefícios Previdenciários	0,00	0,00	0,00
Benefícios - Militar	0,00	0,00	0,00
Reformas	0,00	0,00	0,00
Pensões	0,00	0,00	0,00
Outros Benefícios Previdenciários	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Previdenciárias	753.152,60	582.618,82	908.803,35
Compensação Previdenciária do RPPS para o RGPS	0,00	0,00	0,00
Demais Despesas Previdenciárias	753.152,60	582.618,82	908.803,35
TOTAL DAS DESPESAS PREVIDENCIÁRIAS RPPS (V)	11.895.674,30	12.471.436,23	14.318.878,73
RESULTADO PREVIDENCIÁRIO (VI) = (IV – V)	556.843,82	-3.160.430,47	-5.147.722,73

	2021	2020	2019
Outros Aportes para o RPPS	0,00	0,00	0,00

RECURSOS RPPS ARRECADADOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES	2021	2020	2019
	0,00	0,00	0,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E4AD-1605 e informe o código 5522-8843-E4AD-1605

VALOR			

RESERVA ORÇAMENTÁRIA DO RPPS	2021	2020	2019
VALOR	0,00	0,00	0,00

APORTES DE RECURSOS PARA O PLANO PREVIDENCIÁRIO DO RPPS	2021	2020	2019
Plano de Amortização - Contribuição Patronal Suplementar	0,00	0,00	0,00
Plano de Amortização - Aporte Periódico de Valores Predefinidos	0,00	0,00	815.774,29
Outros Aportes para o RPPS	0,00	0,00	0,00
Recursos para Cobertura de Déficit Financeiro	0,00	0,00	0,00

BENS E DIREITOS DO RPPS (FUNDO EM CAPITALIZAÇÃO)	2021	2020	2019
Caixa e Equivalentes de Caixa	0,00	0,00	3.234.525,37
Investimentos e Aplicações	-55.526,80	0,00	-86.030,83
Outro Bens e Direitos	0,00	0,00	0,00

PLANO FINANCEIRO

RECEITAS PREVIDENCIÁRIAS - RPPS	2021	2020	2019
RECEITAS CORRENTES(VII)	81,84	394,81	0,00
Receita de Contribuições dos Segurados	40,92	0,00	0,00
Civil	0,00	0,00	0,00
Ativo	0,00	0,00	0,00
Inativo	0,00	0,00	0,00
Pensionista	0,00	0,00	0,00
Militar	40,92	0,00	0,00
Ativo	0,00	0,00	0,00
Inativo	0,00	0,00	0,00
Pensionista	40,92	0,00	0,00
Receita de Contribuições Patronais	0,00	0,00	0,00
Civil	0,00	0,00	0,00
Ativo	0,00	0,00	0,00
Inativo	0,00	0,00	0,00
Pensionista	0,00	0,00	0,00
Militar	0,00	0,00	0,00
Ativo	0,00	0,00	0,00
Inativo	0,00	0,00	0,00
Pensionista	0,00	0,00	0,00
Receita Patrimonial	40,92	394,81	0,00
Receitas Imobiliárias	0,00	0,00	0,00
Receitas de Valores Mobiliários	0,00	394,81	0,00
Outras Receitas Patrimoniais	40,92	0,00	0,00
Receita de Serviços	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas Correntes	0,00	0,00	0,00
Compensação Previdenciária do RGPS para o RPPS	0,00	0,00	0,00
Demais Receitas Correntes	0,00	0,00	0,00
RECEITAS DE CAPITAL(VIII)	0,00	0,00	0,00
Alienação de Bens, Direitos e Ativos	0,00	0,00	0,00
Amortização de Empréstimos	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas de Capital	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS RECEITAS PREVIDENCIÁRIAS RPPS (IX) = (VII + VIII)	81,84	394,81	0,00

DESPESAS PREVIDENCIÁRIAS - RPPS	2021	2020	2019
Benefícios - Civil	0,00	0,00	0,00
Aposentadorias	0,00	0,00	0,00
Pensões	0,00	0,00	0,00
Outros Benefícios Previdenciários	0,00	0,00	0,00
Benefícios - Militar	0,00	0,00	0,00
Reformas	0,00	0,00	0,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F

Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-EA3D-1605 e informe o código 5522-8843-EA3D-1605

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO FINANCEIRA E ATUARIAL DO RPPS

2023 **Lei: 9999, Data: 30/04/2022**

Pensões	0,00	0,00	0,00
Outros Benefícios Previdenciários	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Previdenciárias	0,00	0,00	0,00
Compensação Previdenciária do RPPS para o RGPS	0,00	0,00	0,00
Demais Despesas Previdenciárias	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS PREVIDENCIÁRIAS RPPS (X)	0,00	0,00	0,00
RESULTADO PREVIDENCIÁRIO (XI) = (IX – X)	81,84	394,81	0,00

APORTES DE RECURSOS PARA O PLANO FINANCEIRO DO RRPS	2021	2020	2019
Recursos para Cobertura de Insuficiências Financeiras	0,00	0,00	0,00
Recursos para Formação de Reserva	0,00	0,00	0,00

BENS E DIREITOS DO RPPS (FUNDO EM REPARTIÇÃO)	2021	2020	2019
Caixa e Equivalentes de Caixa	0,00	0,00	0,00
Investimentos e Aplicações	0,00	0,00	0,00
Outro Bens e Direitos	0,00	0,00	0,00

RECEITAS DA ADMINISTRAÇÃO - RPPS	2021	2020	2019
RECEITAS CORRENTES	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS RECEITAS DA ADMINISTRAÇÃO RPPS (XII)	0,00	0,00	0,00

DESPESAS DA ADMINISTRAÇÃO - RPPS	2021	2020	2019
DESPESAS CORRENTES (XIII)	0,00	0,00	0,00
DESPESAS DE CAPITAL (XIV)	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS DA ADMINISTRAÇÃO RPPS (XV) = (XIII + XIV)	0,00	0,00	0,00
RESULTADO DA ADMINISTRAÇÃO RPPS (XVI) = (XII – XV)	0,00	0,00	0,00

BENS E DIREITOS DO RPPS (ADMINISTRAÇÃO DO RPPS)	2021	2020	2019
Caixa e Equivalentes de Caixa	0,00	0,00	0,00
Investimentos e Aplicações	0,00	0,00	0,00
Outro Bens e Direitos	0,00	0,00	0,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-EA3D-1606 e informe o código 5522-8843-EA3D-1606

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

ANEXO IX - RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

DEMONSTRATIVO DA PROJEÇÃO ATUARIAL DO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDENCIA

ORÇAMENTOS FISCAIS E DA SEGURIDADE SOCIAL **Lei: 9999, Data: 30/04/2022**

2023

RREO – ANEXO 10 (LRF, art. 53, § 1º, inciso II) R$ 1,00

EXERCÍCIO	RECEITA PREVIDENCIÁRIA (a)	DESPESA PREVIDENCIÁRIA (b)	RESULTADO PREVIDENCIÁRIO (c) = (a-b)	SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO (d) = ("d" exercício anterior) + (c)
2022	0,00	0,00	0,00	0,00
2023	0,00	0,00	0,00	0,00
2024	0,00	0,00	0,00	0,00
2025	0,00	0,00	0,00	0,00
2026	0,00	0,00	0,00	0,00
2027	0,00	0,00	0,00	0,00
2028	0,00	0,00	0,00	0,00
2029	0,00	0,00	0,00	0,00
2030	0,00	0,00	0,00	0,00
2031	0,00	0,00	0,00	0,00
2032	0,00	0,00	0,00	0,00
2033	0,00	0,00	0,00	0,00
2034	0,00	0,00	0,00	0,00
2035	0,00	0,00	0,00	0,00
2036	0,00	0,00	0,00	0,00
2037	0,00	0,00	0,00	0,00
2038	0,00	0,00	0,00	0,00
2039	0,00	0,00	0,00	0,00
2040	0,00	0,00	0,00	0,00
2041	0,00	0,00	0,00	0,00
2042	0,00	0,00	0,00	0,00
2043	0,00	0,00	0,00	0,00
2044	0,00	0,00	0,00	0,00
2045	0,00	0,00	0,00	0,00
2046	0,00	0,00	0,00	0,00
2047	0,00	0,00	0,00	0,00
2048	0,00	0,00	0,00	0,00
2049	0,00	0,00	0,00	0,00
2050	0,00	0,00	0,00	0,00
2051	0,00	0,00	0,00	0,00
2052	0,00	0,00	0,00	0,00
2053	0,00	0,00	0,00	0,00
2054	0,00	0,00	0,00	0,00
2055	0,00	0,00	0,00	0,00
2056	0,00	0,00	0,00	0,00
2057	0,00	0,00	0,00	0,00
2058	0,00	0,00	0,00	0,00
2059	0,00	0,00	0,00	0,00
2060	0,00	0,00	0,00	0,00
2061	0,00	0,00	0,00	0,00
2062	0,00	0,00	0,00	0,00
2063	0,00	0,00	0,00	0,00
2064	0,00	0,00	0,00	0,00
2065	0,00	0,00	0,00	0,00
2066	0,00	0,00	0,00	0,00
2067	0,00	0,00	0,00	0,00
2068	0,00	0,00	0,00	0,00
2069	0,00	0,00	0,00	0,00
2070	0,00	0,00	0,00	0,00
2071	0,00	0,00	0,00	0,00
2072	0,00	0,00	0,00	0,00
2073	0,00	0,00	0,00	0,00
2074	0,00	0,00	0,00	0,00
2075	0,00	0,00	0,00	0,00
2076	0,00	0,00	0,00	0,00
2077	0,00	0,00	0,00	0,00
2078	0,00	0,00	0,00	0,00
2079	0,00	0,00	0,00	0,00
2080	0,00	0,00	0,00	0,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-160C e informe o código 5522-8843-E43D-160C

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

DEMONSTRATIVO DA PROJEÇÃO ATUARIAL DO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDENCIA

ORÇAMENTOS FISCAIS E DA SEGURIDADE SOCIAL **Lei: 9999, Data: 30/04/2022**

2023

RREO – ANEXO 10 (LRF, art. 53, § 1º, inciso II) R$ 1,00

EXERCÍCIO	RECEITA PREVIDENCIÁRIA (a)	DESPESA PREVIDENCIÁRIA (b)	RESULTADO PREVIDENCIÁRIO (c) = (a-b)	SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO (d) = ("d" exercício anterior) + (c)
2081	0,00	0,00	0,00	0,00
2082	0,00	0,00	0,00	0,00
2083	0,00	0,00	0,00	0,00
2084	0,00	0,00	0,00	0,00
2085	0,00	0,00	0,00	0,00
2086	0,00	0,00	0,00	0,00
2087	0,00	0,00	0,00	0,00
2088	0,00	0,00	0,00	0,00
2089	0,00	0,00	0,00	0,00
2090	0,00	0,00	0,00	0,00
2091	0,00	0,00	0,00	0,00
2092	0,00	0,00	0,00	0,00
2093	0,00	0,00	0,00	0,00
2094	0,00	0,00	0,00	0,00
2095	0,00	0,00	0,00	0,00
2096	0,00	0,00	0,00	0,00
2022	0,00	0,00	0,00	0,00
2023	0,00	0,00	0,00	0,00
2024	0,00	0,00	0,00	0,00
2025	0,00	0,00	0,00	0,00
2026	0,00	0,00	0,00	0,00
2027	0,00	0,00	0,00	0,00
2028	0,00	0,00	0,00	0,00
2029	0,00	0,00	0,00	0,00
2030	0,00	0,00	0,00	0,00
2031	0,00	0,00	0,00	0,00
2032	0,00	0,00	0,00	0,00
2033	0,00	0,00	0,00	0,00
2034	0,00	0,00	0,00	0,00
2035	0,00	0,00	0,00	0,00
2036	0,00	0,00	0,00	0,00
2037	0,00	0,00	0,00	0,00
2038	0,00	0,00	0,00	0,00
2039	0,00	0,00	0,00	0,00
2040	0,00	0,00	0,00	0,00
2041	0,00	0,00	0,00	0,00
2042	0,00	0,00	0,00	0,00
2043	0,00	0,00	0,00	0,00
2044	0,00	0,00	0,00	0,00
2045	0,00	0,00	0,00	0,00
2046	0,00	0,00	0,00	0,00
2047	0,00	0,00	0,00	0,00
2048	0,00	0,00	0,00	0,00
2049	0,00	0,00	0,00	0,00
2050	0,00	0,00	0,00	0,00
2051	0,00	0,00	0,00	0,00
2052	0,00	0,00	0,00	0,00
2053	0,00	0,00	0,00	0,00
2054	0,00	0,00	0,00	0,00
2055	0,00	0,00	0,00	0,00
2056	0,00	0,00	0,00	0,00
2057	0,00	0,00	0,00	0,00
2058	0,00	0,00	0,00	0,00
2059	0,00	0,00	0,00	0,00
2060	0,00	0,00	0,00	0,00
2061	0,00	0,00	0,00	0,00
2062	0,00	0,00	0,00	0,00
2063	0,00	0,00	0,00	0,00
2064	0,00	0,00	0,00	0,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-1605 e informe o código 5522-8843-E43D-1605

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

DEMONSTRATIVO DA PROJEÇÃO ATUARIAL DO REGIME PRÓPRIO DE PREVIDENCIA

ORÇAMENTOS FISCAIS E DA SEGURIDADE SOCIAL **Lei: 9999, Data: 30/04/2022**

2023

RREO – ANEXO 10 (LRF, art. 53, § 1º, inciso II) R$ 1,00

EXERCÍCIO	RECEITA PREVIDENCIÁRIA (a)	DESPESA PREVIDENCIÁRIA (b)	RESULTADO PREVIDENCIÁRIO (c) = (a-b)	SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO (d) = ("d" exercício anterior) + (c)
2065	0,00	0,00	0,00	0,00
2066	0,00	0,00	0,00	0,00
2067	0,00	0,00	0,00	0,00
2068	0,00	0,00	0,00	0,00
2069	0,00	0,00	0,00	0,00
2070	0,00	0,00	0,00	0,00
2071	0,00	0,00	0,00	0,00
2072	0,00	0,00	0,00	0,00
2073	0,00	0,00	0,00	0,00
2074	0,00	0,00	0,00	0,00
2075	0,00	0,00	0,00	0,00
2076	0,00	0,00	0,00	0,00
2077	0,00	0,00	0,00	0,00
2078	0,00	0,00	0,00	0,00
2079	0,00	0,00	0,00	0,00
2080	0,00	0,00	0,00	0,00
2081	0,00	0,00	0,00	0,00
2082	0,00	0,00	0,00	0,00
2083	0,00	0,00	0,00	0,00
2084	0,00	0,00	0,00	0,00
2085	0,00	0,00	0,00	0,00
2086	0,00	0,00	0,00	0,00
2087	0,00	0,00	0,00	0,00
2088	0,00	0,00	0,00	0,00
2089	0,00	0,00	0,00	0,00
2090	0,00	0,00	0,00	0,00
2091	0,00	0,00	0,00	0,00
2092	0,00	0,00	0,00	0,00
2093	0,00	0,00	0,00	0,00
2094	0,00	0,00	0,00	0,00
2095	0,00	0,00	0,00	0,00
2096	0,00	0,00	0,00	0,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-1605 e informe o código 5522-8843-E43D-1605

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

ANEXO X - ESTIMATIVA E COMPENSAÇÃO DA RENÚNCIA DE RECEITA

2023

Lei: 9999, Data: 30/04/2022

AMF –Demonstrativo 7 (LRF, art. 4°, § 2°, inciso V)

R$ 1,00

TRIBUTOS	MODALIDADE	SETOR / PROGRAMAS BENEFICIÁRIO	RENÚNCIA DE RECEITA PREVISTA			COMPENSAÇÃO
			2023	2024	2025	
IPTU	Anistia	Legislação específica, Incentivo e Indústria	200.000,00	220.000,00	240.000,00	Renúncia considerada na Estimativa de Receita
			0,00	0,00	0,00	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE METAS FISCAIS

ANEXO XI - MARGEM DE EXPANSÃO DAS DESPESAS OBRIGATÓRIAS DE CARÁTER CONTINUADO

2023 **Lei: 9999, Data: 30/04/2022**

AMF –Demonstrativo 8 (LRF, art. 4°, § 2°, inciso V) R$ 1,00

EVENTOS	Valor Previsto para 2023
Aumento Permanente da Receita	0,00
(-) Transferências Constitucionais	0,00
(-) Transferências ao FUNDEB	0,00
Saldo Final do Aumento Permanente de Receita (I)	0,00
Redução Permanente de Despesa (II)	0,00
Margem Bruta (III) = (I+II)	0,00
Saldo Utilizado da Margem Bruta (IV)	0,00
Novas DOCC	0,00
Novas DOCC geradas por PPP	0,00
Margem Líquida de Expansão de DOCC (V) = (III-IV)	0,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E43D-1605 e informe o código 5522-8843-E43D-1605

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA - SP

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

ANEXO DE RISCOS FISCAIS

ANEXO XII - DEMONSTRATIVO DE RISCOS FISCAIS E PROVIDÊNCIAS

2023 **Lei: 9999, Data: 30/04/2022**

ARF (LRF, art 4o, § 3°) R$ 1,00

PASSIVOS CONTIGENTES		PROVIDÊNCIAS	
Descrição	Valor	Descrição	Valor
PASSIVOS CONTINGENTES	0,00		0,00
Demandas Judiciais	500.000,00	Abertura de Créditos Adicionais a Partir da Reserva de Contigência	500.000,00
Dívidas em Processo de Reconhecimento	0,00		0,00
Avais e Garantias Concedidas	0,00		0,00
Assunção de Passivos	0,00		0,00
Assistências Diversas	0,00		0,00
Outros Passivos Contingentes	500.000,00	Abertura de Créditos Adicionais a Partir da Reserva de Contigência	500.000,00
SUBTOTAL	1.000.000,00	SUBTOTAL	1.000.000,00
DEMAIS RISCOS FISCAIS PASSIVOS	0,00		0,00
Frustração de Arrecadação	0,00		0,00
Restituição de Tributos a Maior	0,00		0,00
Discrepância de Projeções:	0,00		0,00
Outros Riscos Fiscais	900.000,00	Abertura de Créditos Adicionais a Partir da Reserva de Contigência	900.000,00
SUBTOTAL	900.000,00	SUBTOTAL	900.000,00
TOTAL	1.900.000,00	TOTAL	1.900.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-E437-1696 e informe o código 5522-8843-E437-1696

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 5522-8843-FA3D-16D6

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR (CPF 162.XXX.XXX-60) em 11/07/2022 07:53:30 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: AC CONSULTI BRASIL RFB << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

GILCELIO DE SOUZA SIMÕES (CPF 098.XXX.XXX-42) em 12/07/2022 09:36:14 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/5522-8843-FA3D-16D6

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1RI-7BSE-7XP4-4Y3F

Prefeitura Municipal de Igarapava

LEI Nº 1085 – DE: 16 DE DEZEMBRO DE 2022

PREFEITO MUNICIPAL

"Estima a receita e fixa a despesa do Município de Igarapava para o Exercício Financeiro de 2023 e dá outras providências".

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, *Prefeito Municipal de Igarapava. Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais.*

FAZ SABER ETC.,

TÍTULO I
DO ORÇAMENTO

Art. 1º O Orçamento do Município de Igarapava, Estado de São Paulo, para o Exercício Financeiro de 2023, abrangendo seus Poderes, seus fundos, órgãos e entidades da administração pública discriminados pelos anexos integrantes desta Lei, estima a receita e fixa a despesa no valor de R$. 178.977.300,00 (cento e setenta e oito milhões, novecentos e setenta e sete mil e trezentos reais), sendo R$. 150.026.300,00 (cento e cinquenta milhões, vinte e seis mil e trezentos reais), destinado ao Executivo, R$. 4.770.000,00 (quatro milhões, setecentos e setenta e mil reais) destinado ao Legislativo, R$. 24.181.000,00 (vinte e quatro milhões, cento e oitenta e um mil reais) destinados à Previdência Social, elaborado nos termos da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, e Lei Complementar nº 101/2000 de 04 de maio de 2000, e portaria do STN – Secretaria do Tesouro Nacional nº 163/01 e portaria conjunta nº 02/07.

TÍTULO II
DA ESTIMATIVA DA RECEITA

Art. 2º A receita será realizada mediante a arrecadação de tributos e transferências da União e do Estado, na forma da legislação vigente e das classificações constantes do Anexo II da Lei Federal nº 4.320 de 17 de março de 1964, e Portarias da Secretaria do Tesouro Nacional.

1 - RECEITAS CORRENTES

1.100.00.00	Receitas Tributárias	18.368.300,00
1.200.00.00	Receitas de Contribuições	5.797.000,00
1.300.00.00	Receitas Patrimoniais	3.334.000,00
1.600.00.00	Receitas de Serviços	52.000,00
1.700.00.00	Transferências Correntes	141.045.500,00
7.200.00.00	Contribuições Intra OFSS	1.658.000,00
7.900.00.00	Outras Contribuições Intra OFSS	9.034.000,00
9.500.00.00	(-) Contas Redutoras FUNDEB	-14.061.000,00
1.900.00.00	Outras Receitas Correntes	11.442.000,00
	TOTAL RECEITAS CORRENTES	**176.669.800,00**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SK-LXBT-7U0L-LEQ3.
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/3DB5-AB28-0A50-7EE9 e informe o código 3DB5-AB28-0A50-7EE9

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SK-LXBT-7U0L-LEQ3.
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/2DB5-AB28-0A50-7EE9 e informe o código 2DB5-AB28-0A50-7EE9

2 – RECEITAS DE CAPITAL

2.100.00.00.00	Operações de Crédito	-
2.200.00.00.00	Alienação de Bens	2.000,00
2.400.00.00.00	Transferências de Capital	2.305.500,00
	TOTAL RECEITAS CAPITAL	**2.307.500,00**
	TOTAL GERAL	**178.977.300,00**

3 – RECEITAS POR FONTE

1	**TESOURO**	**136.149.800,00**
0	Recursos Ordinários	**136.149.800,00**
2	**TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS ESTADUAIS-VINCULADOS**	**30.358.000,00**
10	Transferências Federal Fundeb	25.470.000,00
15	Transferências Estadual Sistema Único de Saúde	480.500,00
16	Transferências Estadual Educação	3.551.000,00
17	Transf. Estadual Contrib. s/ Intervenção no Domínio Econômico-CIDE	52.000,00
19	Transferências Estadual Convênios	804.500,00
5	**TRANSFERÊNCIAS E CONVÊNIOS FEDERAIS-VINCULADOS**	**12.469.500,00**
11	Transferências Federal FNDE	836.500,00
13	Transferências Federal Sistema Único de Saúde	8.885.000,00
14	Transferências Federal Fundo Nacional de Assistência Social	519.000,00
18	Transferências Federal Convênios	2.229.000,00
	TOTAL	**178.977.300,00**

TÍTULO III
DA FIXAÇÃO DA DESPESA

Art. 3º A despesa será realizada na forma da legislação vigente e segundo a discriminação constante dos Anexos II, VI, VIII e IX da Lei nº 4.320/64, que se apresentam em conjunto e classificações funcionais programáticas, desmembradas em elementos de despesas em todos os seus anexos, fazendo parte integrante desta Lei, estabelecidos na Portaria Interministerial da Secretaria do Tesouro Nacional – STN nº 163/2001 e no Quadro de Detalhamento da Despesa pelas Unidades Orçamentárias, que se encontra com os seguintes desdobramentos:

Prefeitura Municipal de Igarapava

LEI Nº 1085 – DE: 16 DE DEZEMBRO DE 2022

PREFEITO MUNICIPAL

1 - POR FUNÇÃO DE GOVERNO

1.1 – Orçamento Fiscal

1	Legislativa	4.770.000,00
4	Administração	21.361.500,00
6	Segurança Pública	527.000,00
12	Educação	53.308.300,00
13	Cultura	641.000,00
15	Urbanismo	17.680.500,00
16	Habitação	5.000,00
20	Agricultura	651.000,00
22	Indústria	2.041.000,00
26	Transporte	169.000,00
27	Desporto e Lazer	797.000,00
28	Encargos Especiais	11.861.000,00
99	Reserva de Contingência	5.979.000,00
	Total do Orçamento Fiscal	**119.791.300,00**

1.2 – Orçamento da Seguridade Social

8	Assistência Social	6.152.500,00
9	Previdência Social	19.102.000,00
10	Saúde	33.931.500,00
	Total do Orçamento da Seguridade Social	**59.186.000,00**
	TOTAL GERAL	**178.977.300,00**

2 – POR SUB - FUNÇÕES DE GOVERNO

2.1 – Orçamento Fiscal

031 - Ação Legislativa	4.770.000,00
122 - Administração Geral	19.102.500,00
123 – Administração Financeira	155.000,00
124 – Controle Interno	1.133.000,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SK-LXBT-7U0L-LEQ3.
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/3DB5-AB28-0A50-7EE9 e informe o código 3DB5-AB28-0A50-7EE9

Prefeitura Municipal de Igarapava

LEI Nº 1085 – DE: 16 DE DEZEMBRO DE 2022

PREFEITO MUNICIPAL

129 – Administração de Receitas	966.000,00
49 - Serviços Urbanos	5.000,00
181 – Policiamento	527.000,00
361 – Ensino Fundamental	48.175.800,00
362 – Ensino Médio	855.500,00
364 – Ensino Superior	1.606.000,00
365 - Educação Infantil	2.482.000,00
367 - Educação Especial	189.000,00
391 – Patrimônio Histórico, Artístico e Arqueológico	1.000,00
392 - Difusão Cultural	640.000,00
451 – Infraestrutura Urbana	11.248.000,00
452 - Serviços Urbanos	6.032.500,00
453 - Transporte Coletivo Urbano	400.000,00
482 - Habitação Urbana	5.000,00
605 - Abastecimento	651.000,00
695 – Turismo	2.041.000,00
782 – Transporte Rodoviário	169.000,00
812 - Desporto Comunitário	797.000,00
843 - Serviço da Dívida Interna	10.060.000,00
845 – Transferências	1.801.000,00
999 - Reserva de Contingência	900.000,00
Total do Orçamento Fiscal	**114.712.300,00**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SK-LXBT-7U0L-LEQ3.
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/3DB5-AB28-0A50-7EE9 e informe o código 3DB5-AB28-0A50-7EE9
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES

2.2 – Orçamento da Seguridade Social

241 – Assistência ao Idoso	379.000,00
243 - Assistência à Criança e ao Adolescente	656.000,00
244 - Assistência Comunitária	5.117.500,00
272 - Previdência do Regime Estatutário	19.102.000,00
301 - Atenção Básica	21.751.500,00
301 - Assistência Hospitalar	12.180.000,00
999 - Reserva de Contingência	5.079.000,00
Total do Orçamento da Seguridade Social	***64.265.000,00***

3 - POR CATEGORIAS ECONÔMICAS

3.1 – Despesas Correntes

3.1.00.00.00	Pessoal e Encargos Sociais	77.340.000,00
3.2.00.00.00	**Juros e Encargos da Dívida**	2.001.000,00
3.3.00.00.00	Outras Despesas Correntes	76.963.800,00
	Total	**156.304.800,00**

4.4.00.00.00	Investimentos	11.621.500,00
4.6.00.00.00	Amortização da Dívida	5.072.000,00
	Total	**16.693.500,00**

9.0.00.00.00	Reserva de Contingência	5.979.000,00
	Total	**5.979.000,00**

TÍTULO IV
DA AUTORIZAÇÃO PARA ABERTURA DE CRÉDITOS ADICIONAIS

Art. 4º Fica o Poder Executivo autorizado, nos termos da Constituição Federal, a:

I – abrir créditos adicionais suplementares até o limite de **10% (dez por cento**) do orçamento das despesas, nos termos da legislação vigente;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SK-LXBT-7U0L-LEQ3.
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/3DB5-AB28-0A50-7EE9 e informe o código 3DB5-AB28-0A50-7EE9

II – abrir créditos necessários ao cumprimento de vinculações constitucionais, legais e de convênios ou congêneres, até o limite das sobras de exercícios anteriores desses recursos e do seu excesso de arrecadação em 2023, nos termos do art. 43, § 1º, incisos I e II, da Lei Federal nº 4.320/64;

III – realizar abertura de créditos adicionais suplementares por conta de superávit financeiro apurado no balanço patrimonial do exercício anterior, na forma do art. 43 da lei 4.320/64;

IV – transpor, remanejar ou transferir, total ou parcialmente recursos, dentro de uma mesma categoria de programação, nos termos do inciso VI, artigo 167 da CF, até o limite de **10% (dez por cento)**;

V – Realizar operações de crédito por antecipação da receita, nos termos da legislação em vigor;

VI – Realizar operações de crédito até o limite estabelecido pela legislação em vigor;

VII – Promover as alterações e adequações de sua estrutura administrativa, desde que sem aumento de despesa, e com o objetivo de modernizar e conferir maior eficiência e eficácia ao poder público municipal;

VIII – Contingenciar parte das dotações, quando a evolução da receita comprometer os resultados previstos.

§ 1º Os créditos adicionais de que trata o inciso I poderá ocorrer de uma categoria de programação para outra ou de um órgão para outro, dentro da estrutura orçamentária.

§ 2º Entende-se como categoria de programação, de que trata o inciso IV deste artigo, as despesas que fazem parte da mesma classificação funcional programática e que pertencem ao mesmo órgão e unidade orçamentária.

§ 3º Não onerarão os limites previstos no inciso I, os créditos destinados a suprir insuficiência nas dotações orçamentária relativas à pessoal, inativos e pensionistas, dívida fundada, débitos constantes e precatórios judiciais e despesas à conta de recursos vinculados.

§ 4º Os ajustes e convênios firmados pelo Poder Executivo na vigência da presente Lei, conquanto nela não expressos total ou parcialmente, caracterizarão excesso de arrecadação para fins do disposto no inciso II deste artigo, e serão incluídos por Decreto na estrutura orçamentária em vigor para o atingimento dos objetivos nele colimados.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SK-LXBT-7U0L-LEQ3.
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/3DB5-AB28-0A50-7EE9 e informe o código 3DB5-AB28-0A50-7EE9

Art. 5° - O valor reservado a cargo da reserva de contingência será utilizado para atendimento de passivos não previstos nesta lei, e no caso de sua não utilização, ou utilização parcial, seu saldo poderá ser destinado ao reforço de outras dotações orçamentárias de custeio.

TÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 6º - O Prefeito, no âmbito do Poder Executivo, poderá adotar parâmetros para utilização das dotações, de forma a compatibilizar as despesas à efetiva arrecadação da receita, para garantir as metas de resultado primário, conforme consta na Lei das Diretrizes Orçamentárias para o exercício de 2023.

Art. 7º - As leis do Plano Plurianual e das Diretrizes Orçamentarias consideram-se modificadas por leis posteriores, inclusive pelas que criem ou modifiquem, de qualquer modo, programas, ações e valores, ou que autorizem esses procedimentos.

Art. 8º - As transferências financeiras da Administração Direta para a Indireta, incluídas as efetuadas para a Câmara Municipal, e vice-versa, obedecerão ao que estiver estruturado pelos créditos orçamentários e adicionais.

Art. 9º - Esta Lei entrará em vigor da data de 1º de janeiro de 2023.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA
Aos dezesseis de dezembro de 2022.

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Prefeito Municipal

REGISTRADA. Publicada e arquivada em livro próprio, na data supra.

GILCÉLIO DE SOUZA SIMÕES
Chefe de Gabinete

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SK-LXBT-7U0L-LEQ3.
Assinado por 2 pessoas: JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR e GILCELIO DE SOUZA SIMÕES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/3DB5-AB28-0A50-7EE9 e informe o código 3DB5-AB28-0A50-7EE9

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a IV Fiscalização Ordenada 2023 – Escolas de Tempo Integral, Processo 8955/989/2023, segue abaixo as respostas aos quesitos formulados no processo.

- Sim, as escolas de período integral do Município de Igarapava atendem os alunos beneficiados pelos programas de redistribuição de renda (bolsa-família, renda cidadã, etc);
- A rede não faz levantamento de alunos que migram do ensino integral para o ensino convencional;
- Não há uma periodicidade para aferir a evolução da meta 6 do PNE;
- Temos sete escolas de Período Integral e duas salas na Educação Básica das Series Iniciais que atendem em período integral e, portanto, atingem os 25% dos alunos no ensino integral da Educação Básica do Município de Igarapava;
- A Matriz curricular regulamenta a operacionalização da escola em jornada de tempo integral, mas o município não possui decreto ou legislação para a jornada de tempo integral;
- Foi feita uma pesquisa entre os pais dos alunos para ver se teria adesão à escola de Período Integral, mas a demanda pela adesão foi baixa;
- Existe a Matriz Curricular, que regulamenta as atividades diversificadas para a Educação em Tempo Integral;
- O Município oferece aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades e superdotação, atendimento educacional especializado em sala de recurso no contraturno;
- Existe planejamento na rede de ensino de avaliação processual formativa de acompanhamento com o objetivo de avaliar os resultados alcançados pelos alunos;
- O Município de Igarapava faz avaliações bimestrais e, através dos resultados, verifica a evolução dos alunos no ciclo, visando aferir seu desenvolvimento em relação ao ano anterior;
- Não há normatização sobre a ampliação progressiva da jornada de professores, pois no Estatuto dos Profissionais do Magistério Municipal não existe essa normatização;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TB-BGF2-6D6H-LOLJ

- Não possui um regulamento, mas o município tem parceria com o SESI, que tem projetos esportivos que são oferecidos a todos os alunos da rede;
- Existe o Decreto do ANEA, que regulamenta o atendimento terapêutico dos alunos que apresentam dificuldades e/ou transtornos de aprendizagem;
- A rede não possui custo operacional por aluno em escola de tempo parcial;
- A rede não possui custo operacional por aluno em tempo integral;
- Não há professores temporários que atuam na rede;
- Não há professores que atuam exclusivamente nas escolas de jornada em tempo integral, pois nossos professores de educação básica possuem sede;
- Existem professores readaptados, que trabalham na área administrativa da escola;
- Existem professores em afastamentos legais na rede;
- Não há professores cedidos para outros órgãos/secretarias;
- Não existe critério para visita da equipe de supervisão de ensino, pois as visitas são realizadas pela Diretoria de Ensino de São Joaquim da Barra;
- A rede de ensino oferece cursos de capacitação aos profissionais da Educação como um todo, não apenas aos que estão vinculados à rede de ensino integral;
- Houve diagnóstico de infraestrutura e aquisição de equipamentos, para as salas de tempo integral, visando o desenvolvimento dos alunos atendidos. Foram adquiridos: piscina de bolinhas, pula-pula, cordas, cones, jogos, livros e caminhas para o descanso dos alunos;
- Município possui escolas nos bairros em tempo integral e está em processo de construção uma escola em tempo integral no bairro Jardim Botânico;
- A escola de ensino Fundamental séries iniciais não possui Grêmio Estudantil;
- As vagas nas escolas são oferecidas para todos os alunos, conforme a demanda, e todos os alunos são atendidos de forma igualitária;
- As visitas da equipe de supervisão são feitas pela diretoria de ensino de São Joaquim da Barra e são eles que determinam quais serão as escolas supervisionadas, pois o Município está vinculado à diretoria de Ensino Regional de São Joaquim da Barra;
- Não há professores que possuem ampliação progressiva da jornada para lecionar em uma única sede escolar, pois o Estatuto do Magistério do Município, Lei Complementar nº 049 de 01/02/2016, são segue a estratégia 6.1 do PNE;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TB-BGF2-6D6H-LOLJ

- Existem professores que estão em afastamento por atestado médico ou licença prêmio, de forma legal;
- Não houve fiscalização na escola visitada, porem o CAE acompanhou a mudança de prédio e adaptação ao novo prédio da Cozinha Piloto;
- A escola não possui Autos de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB, mas está em processo de licitação.

Igarapava, 05 de agosto de 2024



Professor Germano Balthazar Barbosa
Diretor de Departamento de Educação, Cultura e Esporte

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TB-BGF2-6D6H-LOLJ

Ofício nº 21/2.024
Assunto: Resposta ao TCESP, Processo nº 8955/989/23
I Fiscalização Ordenada Nacional 2023 - Escolas
Ao Diretor do Departamento de Educação

Igarapava, 05 de agosto de 2.024.

Ilm.º Sr.
Germano Balthazar Barboza

Venho por meio deste responder à vossa solicitação quanto ao processo supracitado, do TCESP.

Certa de vossa compreensão e apreço, ensejo protestos de elevada estima e consideração.

Silvana Machado Rodrigues
RG 21.638.404-7
Diretor de Escola

Ilm.º Sr.
Germano Balthazar Barboza
Diretor do Departamento de Educação, Cultura e Esportes

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1T9-J4YM-70NV-2V2X

Relatório da Inspeção Realizada

No que se refere às condições de infraestrutura da EMEF Cel. Quito Junqueira, foi realizada em 24 de abril de 2.023 uma inspeção, e nos quesitos observados foram destacados os seguintes apontamentos e a descrição dos serviços que já foram realizados, conforme segue:

	Apontamentos	Situação dos espaços
1	Sinalização tátil em pisos/paredes	Não realizado
2	Monitor de apoio à Educação Especial	Nos casos em que possuem laudos, os alunos estão com atendimento.
3	Falta de identificação que caracterize o prédio como Instituição Escolar.	Realizado
4	Portão danificado ou vandalizado na entrada da escola.	Não realizado
5	Foram observadas rachaduras/trincas nas paredes da entrada da escola.	Em execução
6	Foram observadas falhas de pintura nas paredes de entrada da escola.	Em execução
7	Foram observadas infiltrações/mofo nas paredes da entrada da escola.	Em execução
8	Nos bebedouros da escola foram observadas outras inadequações	Não executado
9	Na escola visitada foram verificados banheiros sem o revestimento cerâmico/quebrados	Realizado
10	Na escola visitada foram verificados banheiros com vasos sanitários faltantes/quebrados	Realizado
11	Foram identificadas outras inadequações dos banheiros inspecionados na escola visitada.	Realizado
12	Foram verificadas falhas de pintura nas paredes dos banheiros da escola visitada.	Em execução
13	Foram verificadas infiltrações/mofo nas paredes dos banheiros da escola visitada.	Em execução
14	Não há Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) no prazo de validade na escola visitada.	Não realizado
15	Há falhas de pintura/descascamento nas paredes da escola visitada.	Em execução
16	As portas e janelas das áreas de preparo dos alimentos não possuem telas milimetradas.	Não realizado
17	Nas paredes da cozinha da escola visitada foram observadas outras inadequações.	Em execução
18	Existem pias com torneiras que não estavam funcionando por fata d'água na cozinha da escola visitada: duas pias estão com vazamento.	Em execução
19	A escola visitada não dispõe de parque infantil para etapa de ensino fundamental – anos iniciais.	Não realizado

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1T9-J4YM-70NV-2V2X

20	Foi observado desgaste excessivo do piso da quadra esportiva da escola visitada para etapa de ensino fundamental – anos iniciais	Em execução
21	Na quadra esportiva da escola visitada para etapa do ensino fundamental – anos iniciais foram observadas outras inadequações.	Em execução
22	A escola visitada não dispõe de sala de leitura.	Em execução
23	Os equipamentos mais caros (computadores, notebooks, etc.) não são guardados em salas seguras ou não possuem mecanismos de proteção (cadeados, grades, travas, trancas, etc.)	Não realizado
24	A escola visitada não possui botão de pânico ou equipamento equivalente.	Não realizado
25	A fiscalização fez as seguintes observações: os muros da área externa da escola são baixos e não possuem equipamentos de segurança, como concertinas ou cerca elétrica.	Não realizado

Igarapava, 05 de agosto de 2.024.

Silvana Machado Rodrigues
RG 21.638.404-7
Diretor de Escola

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1T9-J4YM-70NV-2V2X

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY

TERMO DE RECEBIMENTO DEFINITIVO DE OBRA

TOMADA DE PREÇOS Nº 028/2022
N° DO CONTRATO: 002/2023
VALOR DO CONTRATO: R$ 520.852,62
CONTRATADA: 3MP ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA

A PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, pessoa jurídica de direito público, com sede à Rua Dr. Gabriel Vilela, n° 413, Centro, Município de Igarapava, Estado de São Paulo, através do Departamento de Engenharia, na pessoa da Engenheira Civil Denise Helena Salvino Marcelino, setor responsável pela fiscalização de obras públicas neste Município, **ATESTAMOS** para os devidos fins que a empresa **3MP ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA,** inscrita no CNPJ sob o nº 24.682.733/0001-11, com sede à Rua Franciso Alves, nº 923, Jardim Interlagos, Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, doravante denominada CONTRATADA, neste ato representada por MARCEL IZIDORO FORTES, portador do RG nº 24.163.107-5, inscrito no CPF sob o nº 286.916.998-17, residente e domiciliado à Rua Francisco Preto, nº 46, Morumbi, cidade de São Paulo/SP, **executou** os serviços constantes do contrato:

Objeto:
Objeto: Obras para Reforma do Imóvel onde funciona a "Casa da Cultura", conforme memorial descritivo, cronograma físico financeiro, planilha orçamentária e projetos básicos.

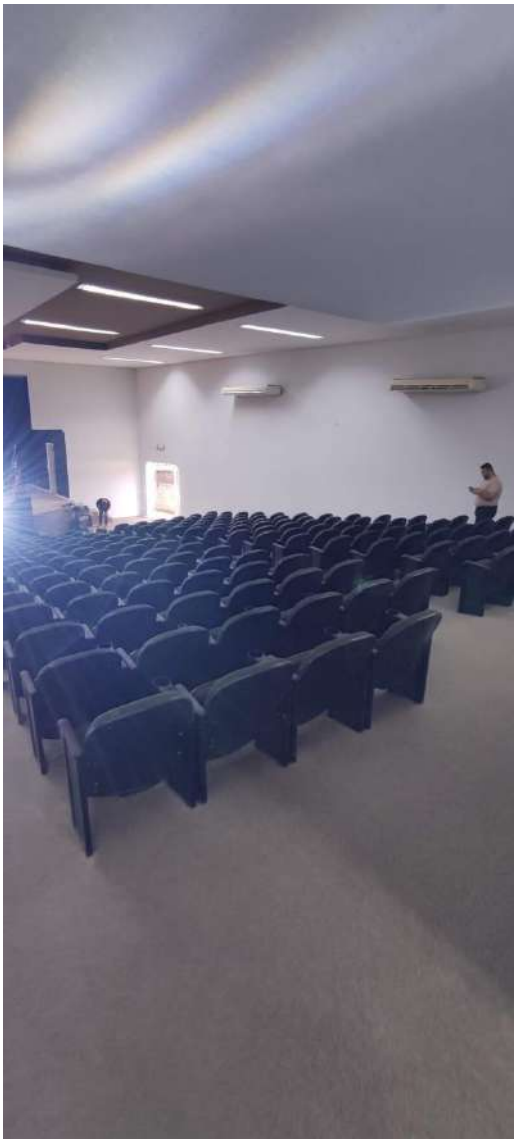
Período de execução: 11/01/2023 a 17/11/2023
Data da Entrega Definitiva: 20 / 02 / 2024

Atestamos, ainda, que as obras foram executadas dentro das normas técnicas exigidas pela ABNT referente a cada serviço especificado em planilha, dentro das normas técnicas exigidas pela Prefeitura Municipal de Igarapava SP e dentro dos prazos estabelecidos, sob Responsabilidade Técnica do Engenheiro Civil **Marcel Izidoro Fortes**, **CREA SP 5063861408 - 3MP ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA - CREA 2350990 -SP – Anotações de Responsabilidade Técnica (ART) 28027230230097889.**

O recebimento ora efetuado, não exclui a responsabilidade da Contratada pela correção e segurança dos trabalhos, na forma da lei.

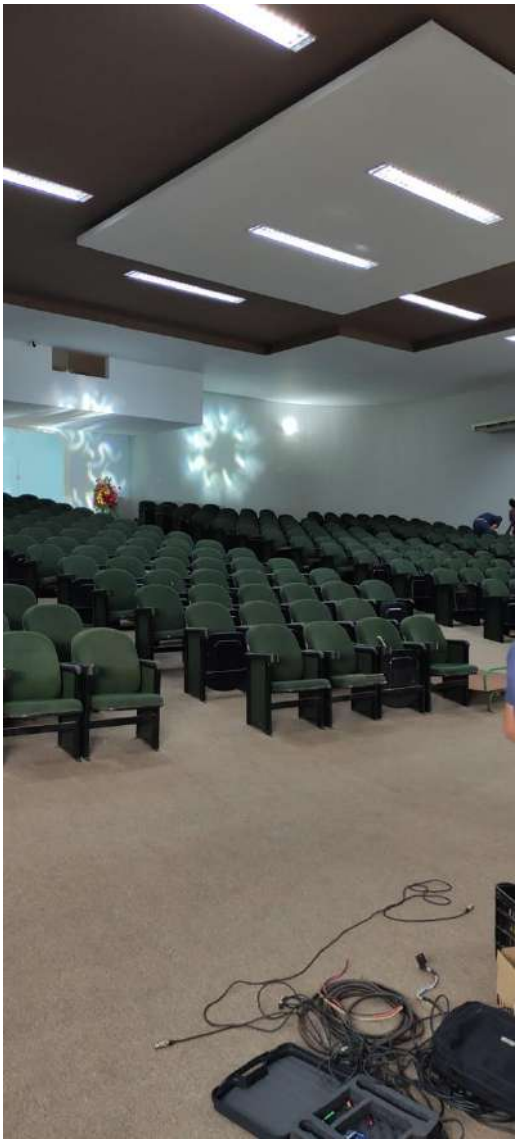
Igarapava – SP, 23 de Fevereiro de 2024.

Engª. Civil Denise Helena Salvino Marcelino
Diretora do Departamento de Engenharia
CREA SP 5061581854





CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY



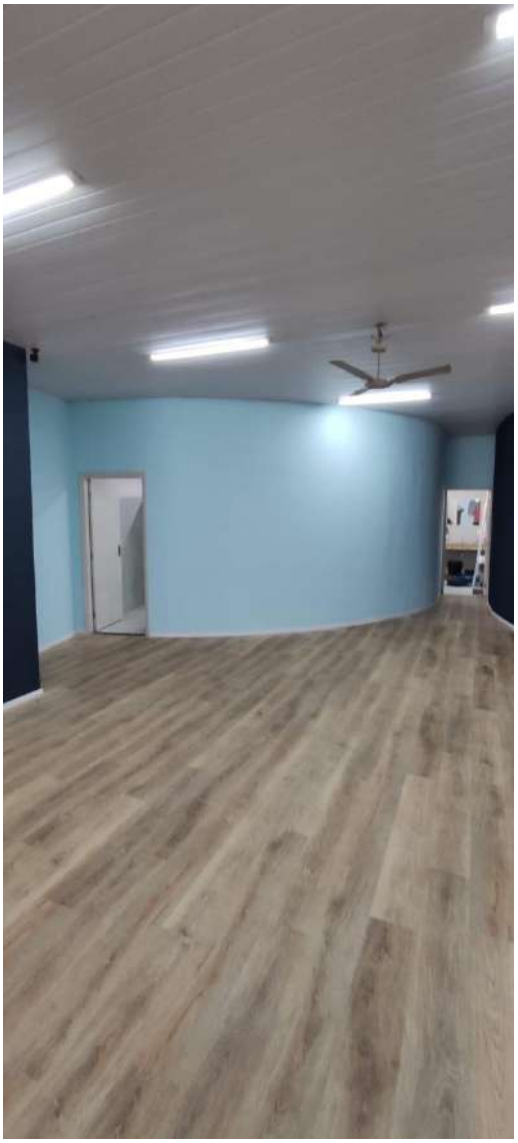


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY





CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY





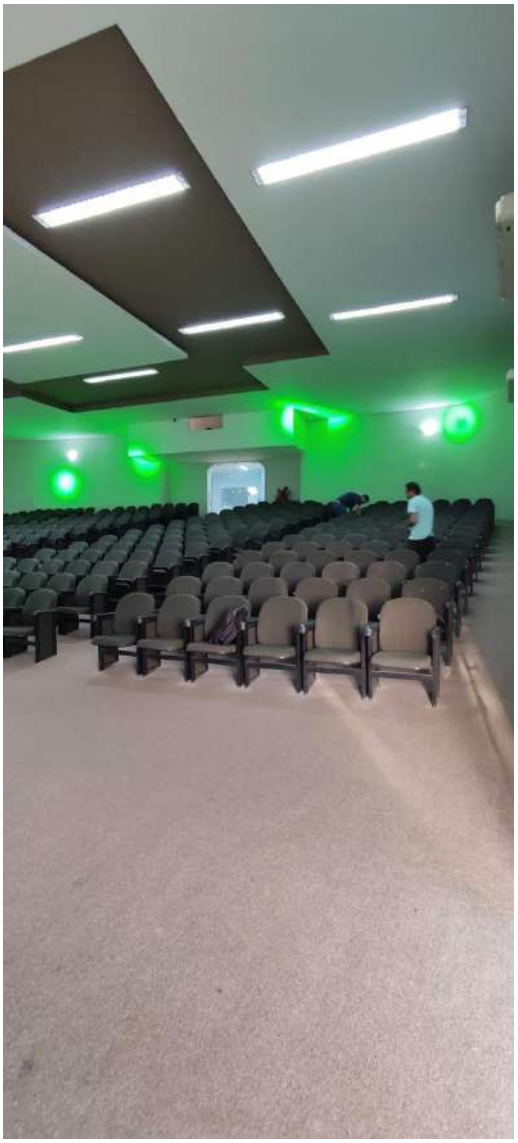
CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY





CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY

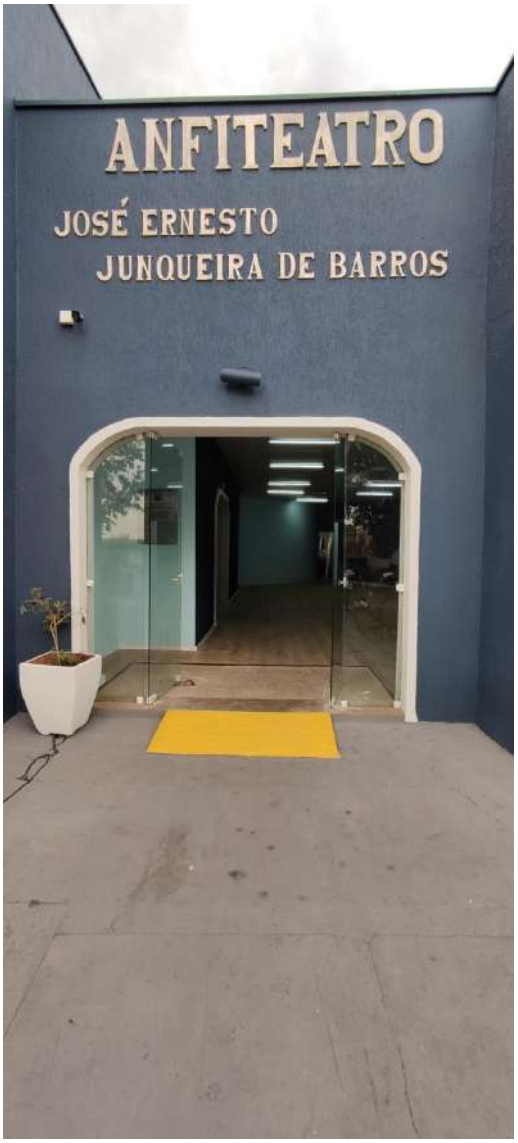


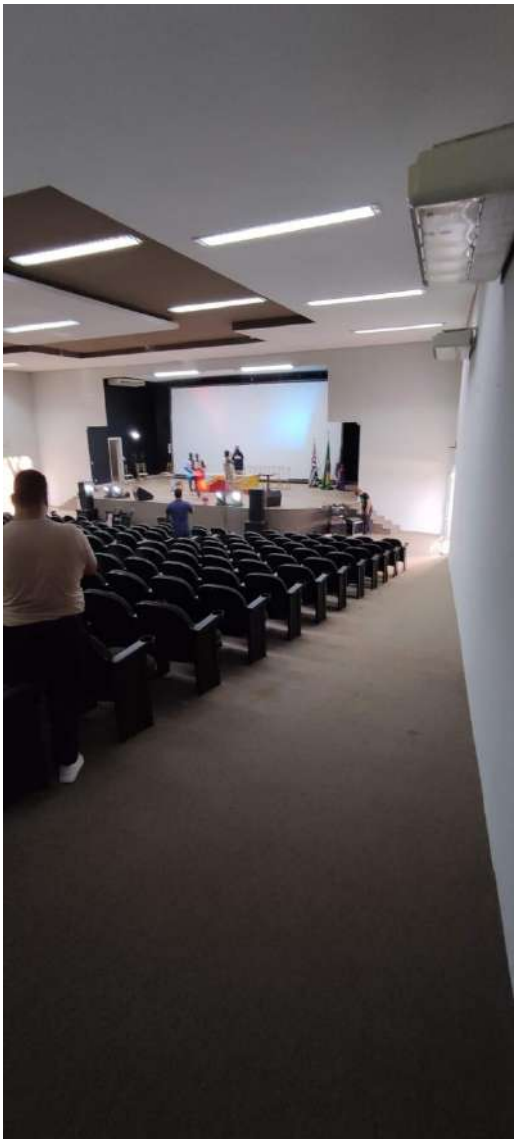


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY

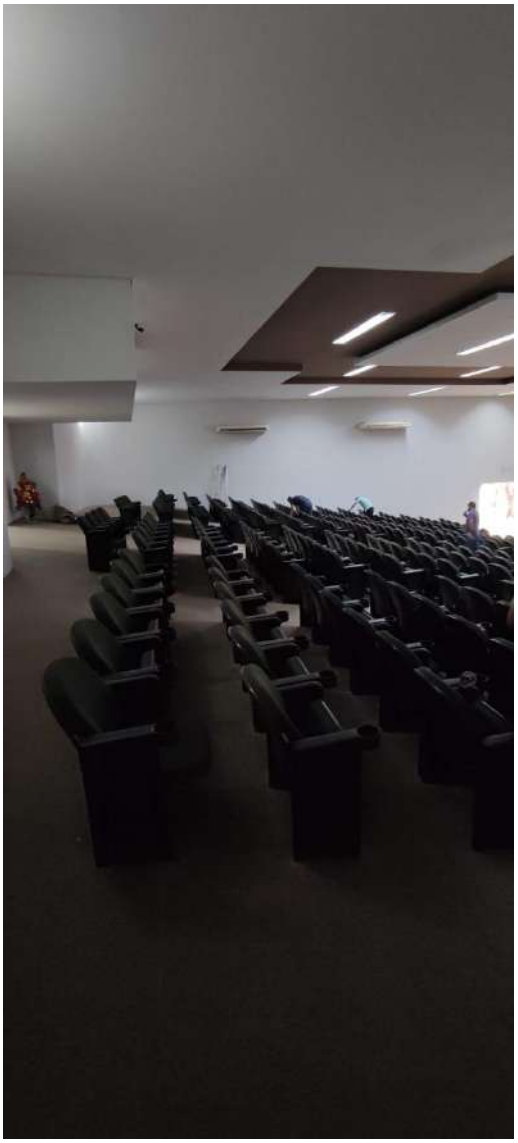


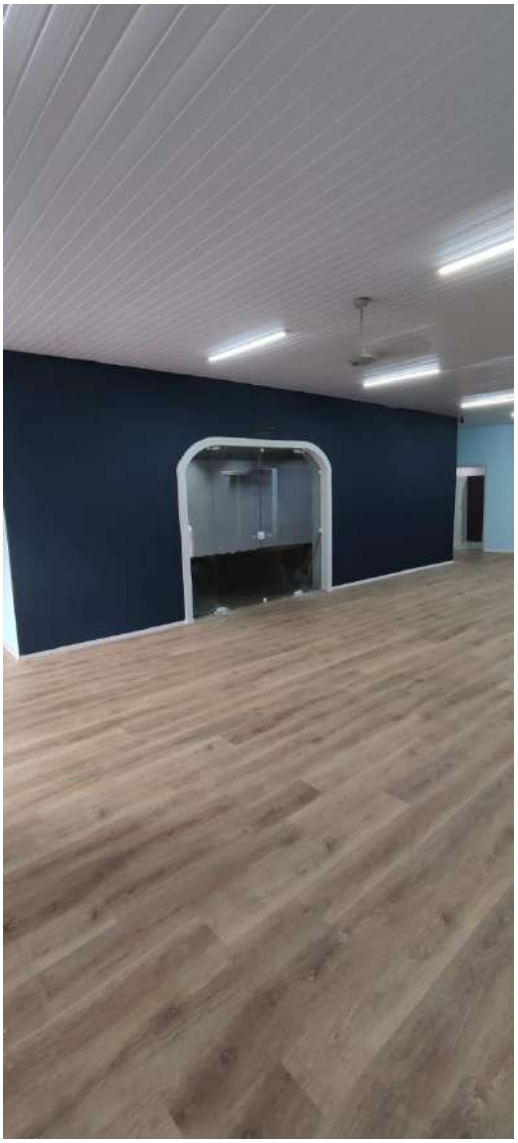
CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY



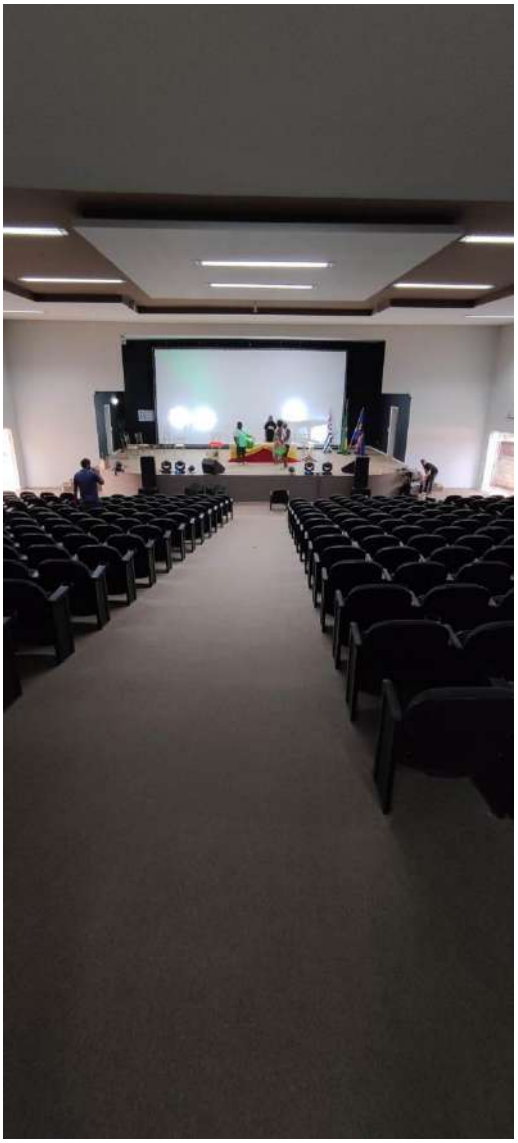


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY





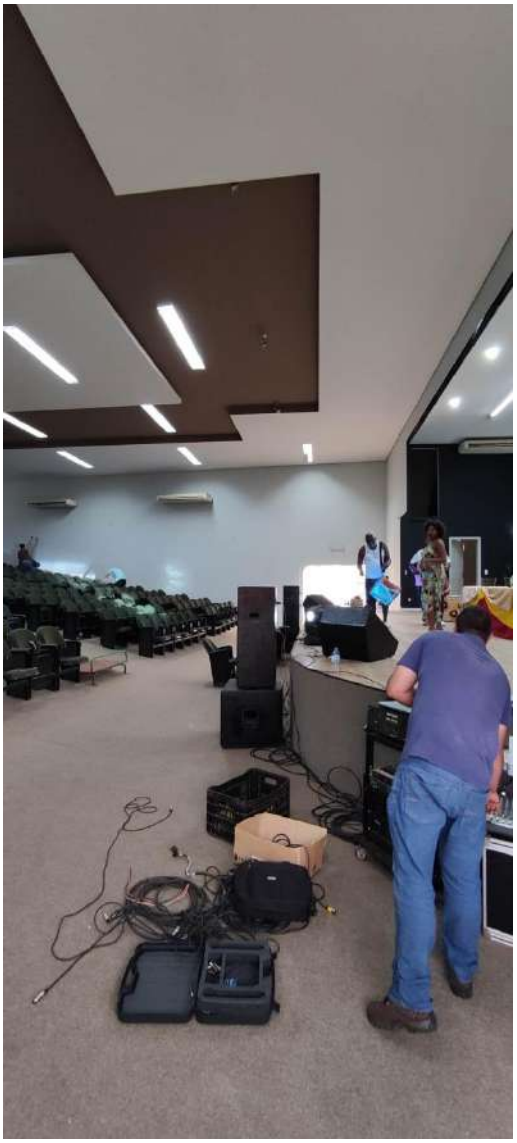
CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY





CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY

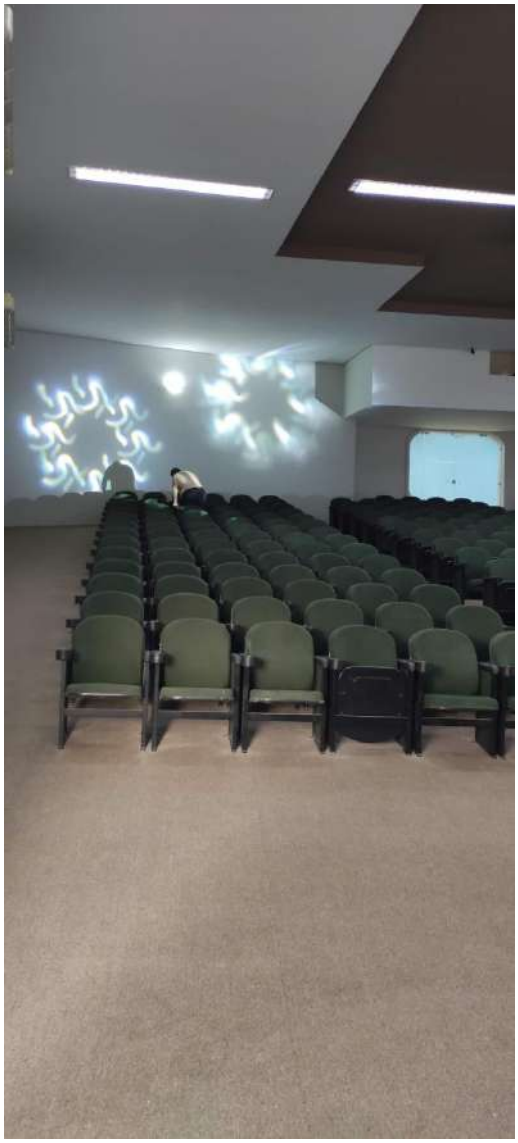


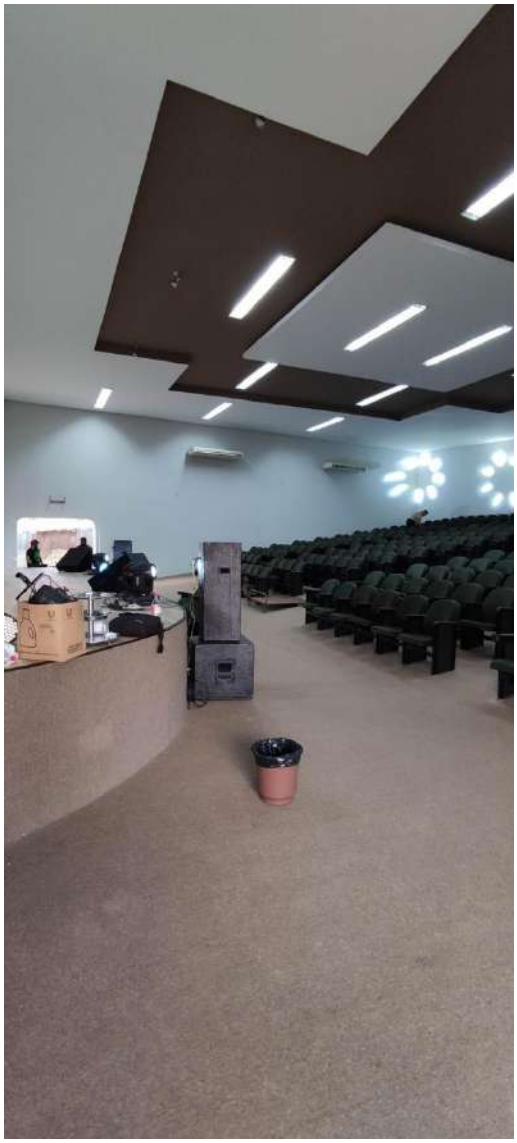


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY

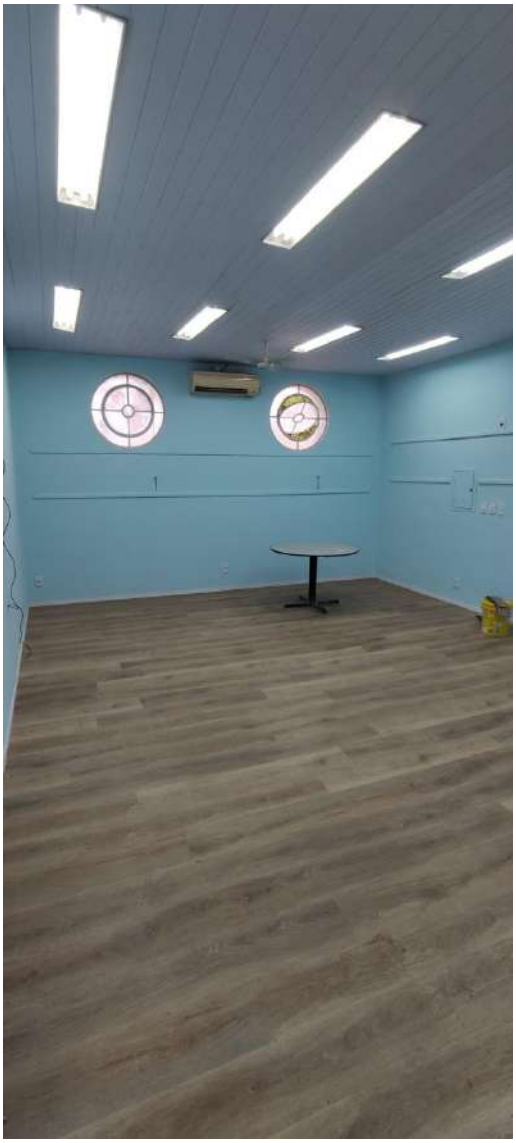


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY





CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY



CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY



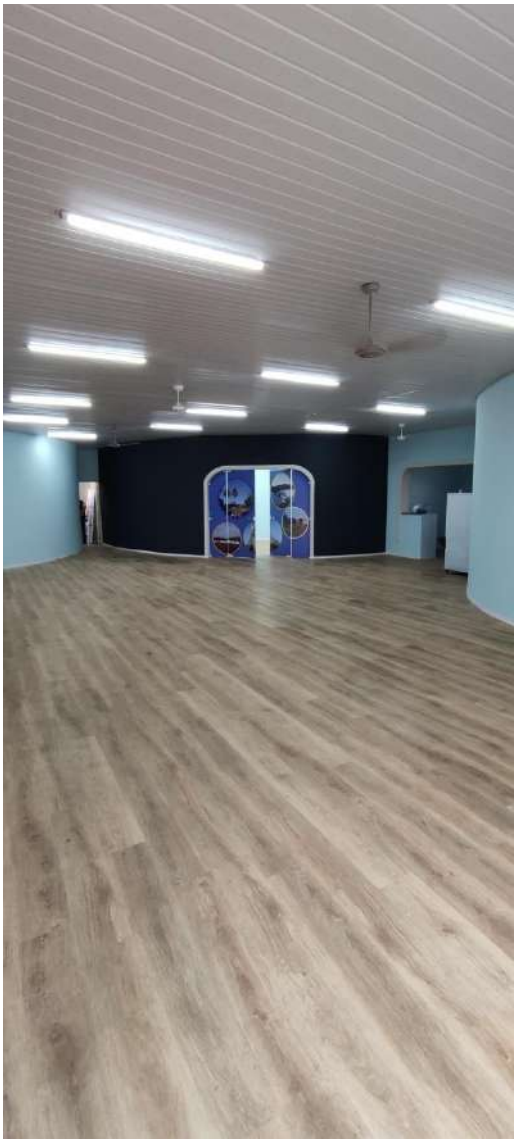


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY

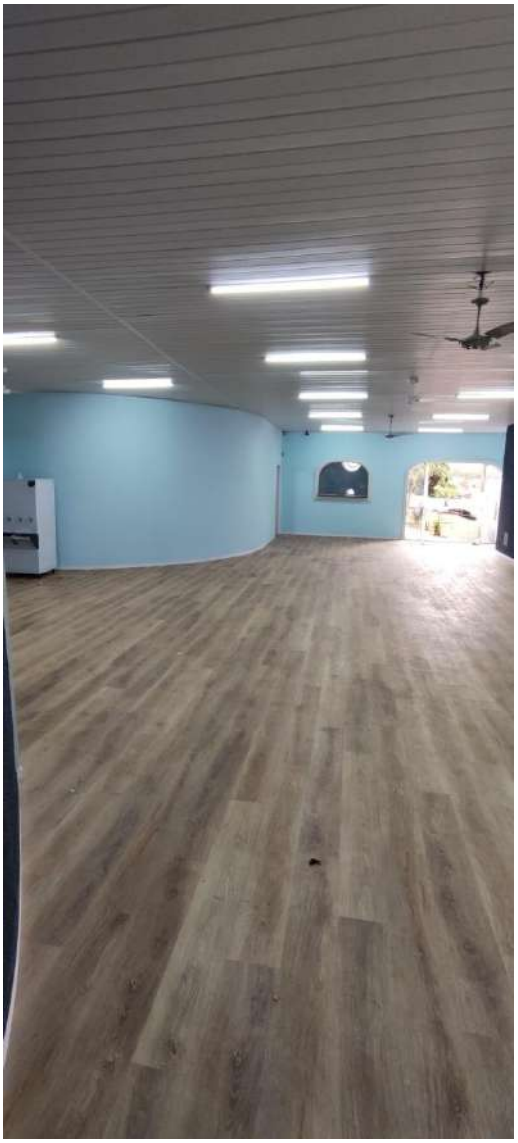


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY



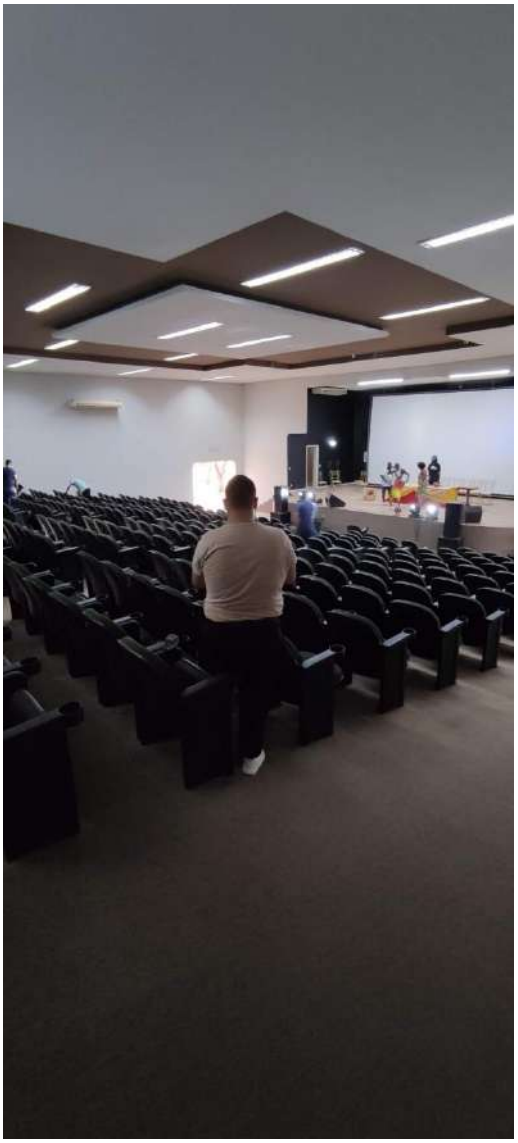


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY



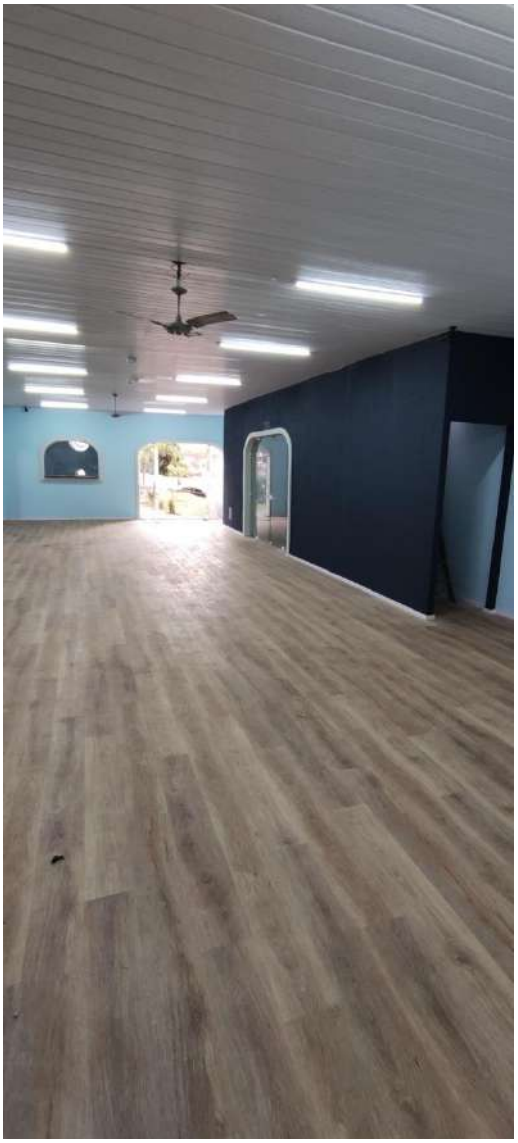


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY





CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY

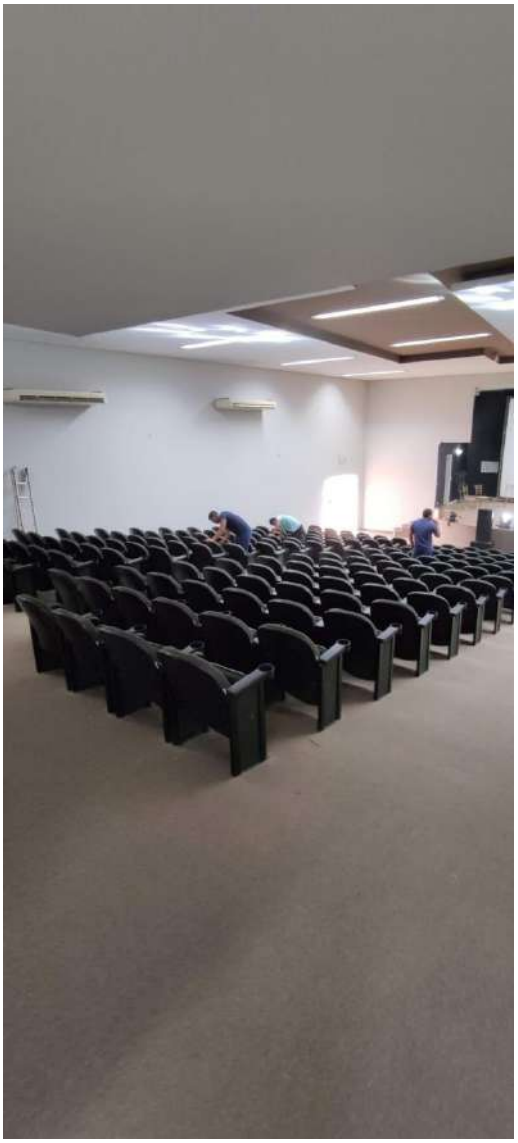


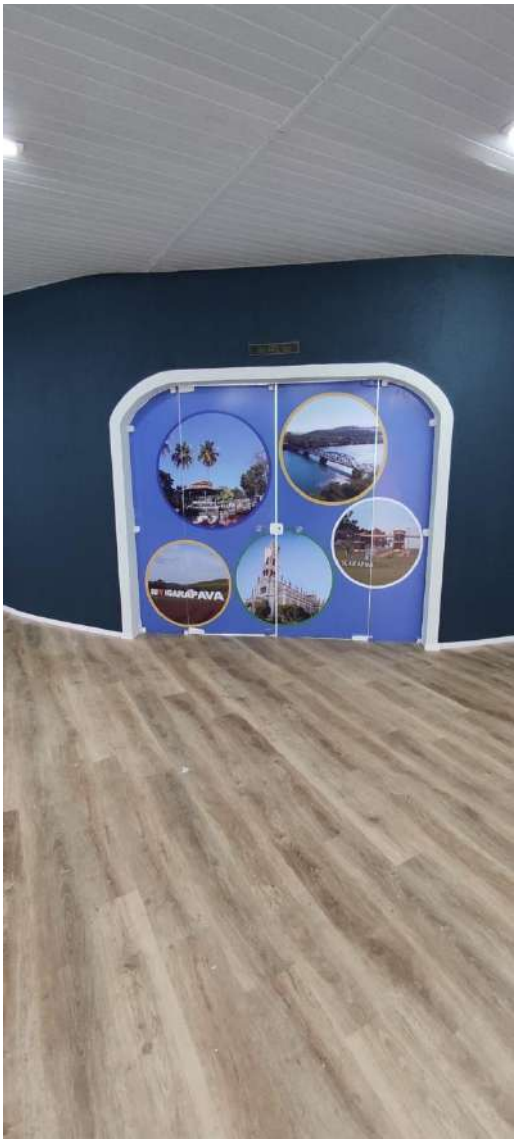


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY



CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY



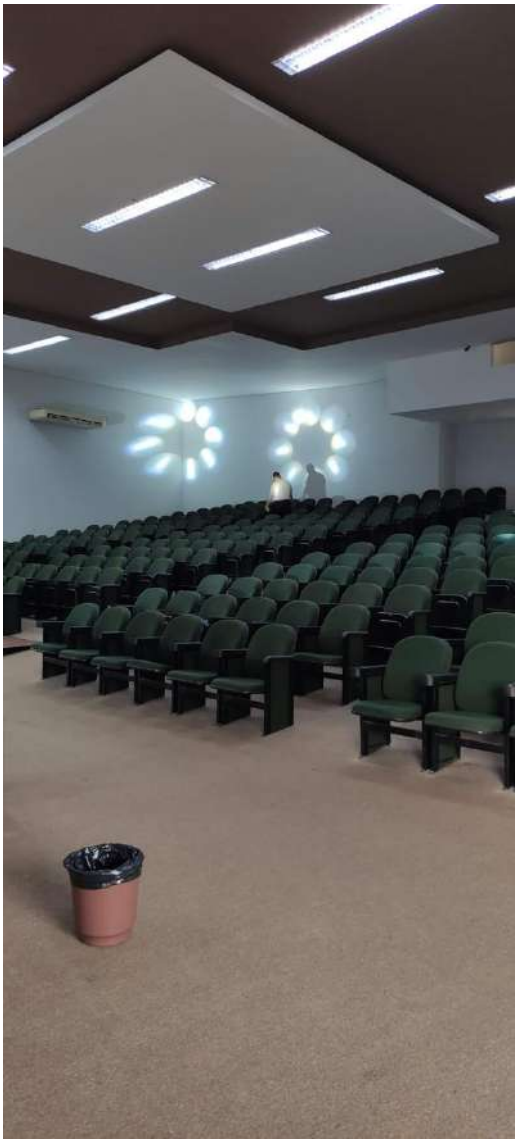


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY





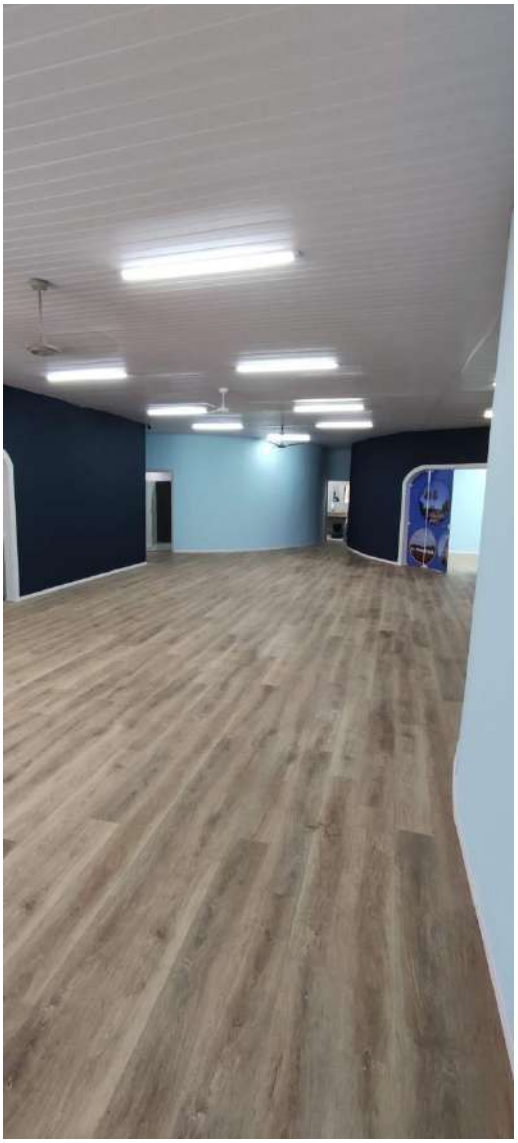
CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY

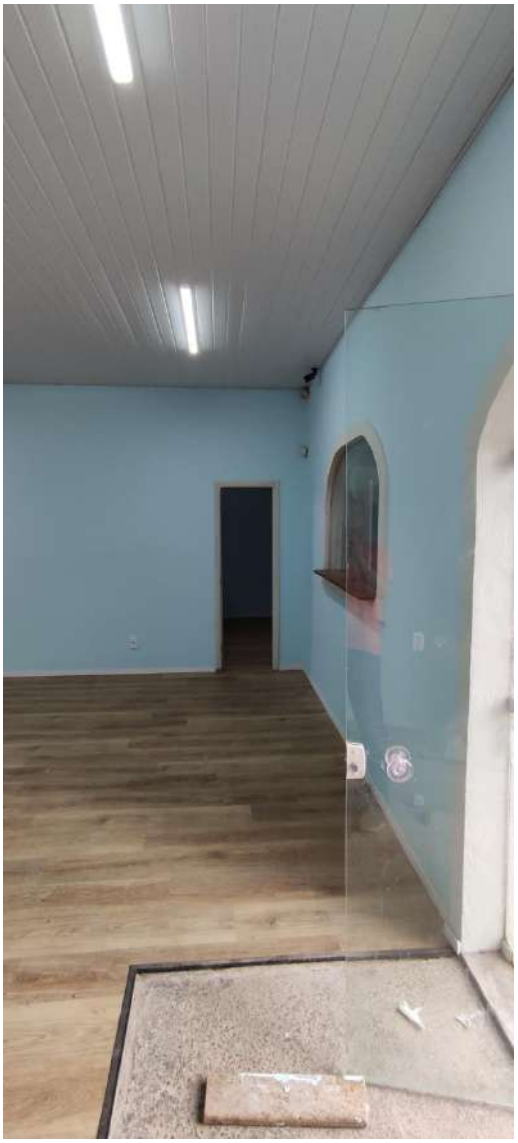


CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY



CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY







CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY



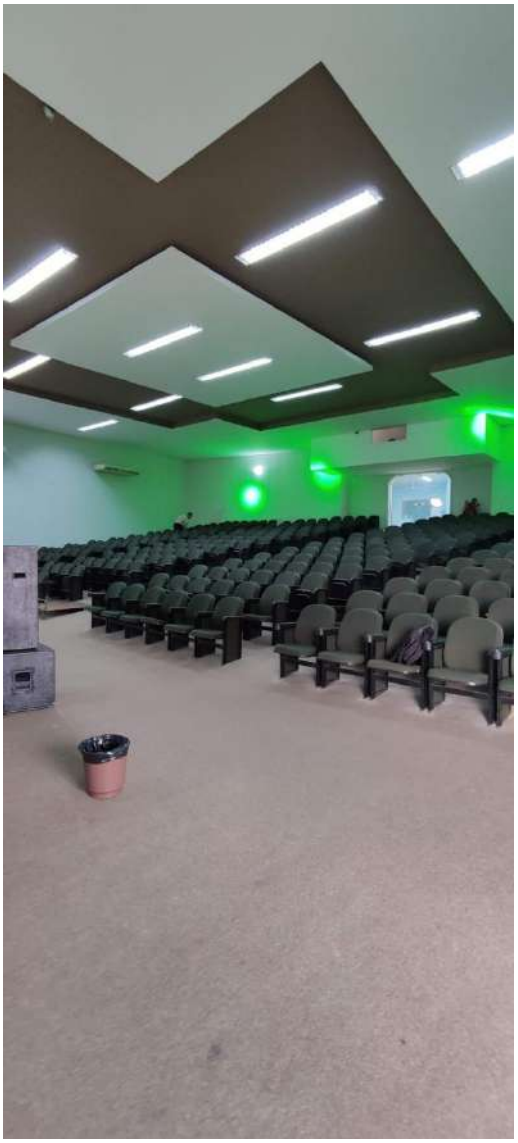
CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY





CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY





Engª. Civil Denise Helena Salvino Marcelino
Diretora do Departamento de Engenharia
CREA SP 5061581854

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1W5-C5XL-5P4D-KQQY

REQUISIÇÃO DE DOCUMENTOS Nº 40 DE 2024/MF

À Prefeitura Municipal de Igarapava,

A/C Responsáveis pelo atendimento ao Tribunal de Contas

Com a finalidade de instruir o Processo TC-004402.989.23, relativo à fiscalização das contas do exercício de 2023 da Prefeitura, requisitamos, nos termos dos arts. 25 e 26 da Lei Complementar Estadual nº 709/1993, o abaixo discriminado:

CONTAS DE PREFEITURA – EXERCÍCIO DE 2023

1. Declaração informando se houve períodos de substituição e/ou afastamento da Prefeita Municipal ao longo do exercício de 2023 e, em caso positivo, os dados (nome, CPF e cargo) de quem o substituiu nesses períodos.

2. PPA atual, e LDO e LOA 2023 e 2024 – com anexos.

3. Enviar relatório anual de avaliação e monitoramento dos programas do PPA/LDO referente ao exercício de 2023 (ou declaração negativa).

4. Notas explicativas às demonstrações contábeis do exercício de 2023

5. Relatórios emitidos pelo Sistema de Controle Interno referentes ao exercício de 2023.

6. Ato de Instituição, Regulamentação do Controle Interno e designação do responsável.

7. Carta de Serviço ao Usuário - Lei nº 13.460/2017 (ou declaração negativa).

8. Regulamentação e instituição do Conselho de Usuários - Lei nº 13.460/2017(ou declaração negativa).

9. Quanto à I e IV Fiscalizações Ordenadas, realizadas em 2023, encaminhar declaração informando as medidas tomadas face aos apontamentos apurados, acompanhada da documentação que comprova as justificativas (Relacionar os apontamentos dos Anexos I e II e respectiva justificativa com posição atual de cada providência que foi ou está sendo tomada).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

10. Relatório das alterações orçamentárias efetuadas no orçamento do exercício de 2023, demonstrando separadamente os valores relativos a remanejamento, transposições e transferências, indicando a lei municipal autorizativa de cada alteração.

11. Planos Municipais de ensino, saúde, saneamento e diretor (ou declaração negativa na inexistência).

12. Declaração informando as causas da paralisação bem como as medidas adotadas para conclusão da obra relacionada no Painel do TCESP como paralisadas (obra descrita abaixo);

Descrição: Abastecimento de água - Captação, Adução, Tratamento e similares.

Situação: Paralisada

Data de Paralisação: 14/05/2020

Contratada: CONCERGI CONSTRUÇÃO MÁQUINAS E SERVIÇOS

Valor Inicial do Contrato: R$ 866.575,20

13. Declaração informando se o Município aderiu ao Programa de Acompanhamento e Transparência Fiscal instituído pela Lei Complementar nº 178/2021. Em caso positivo, apresentar o termo de adesão ou documento equivalente e o Plano de Promoção do Equilíbrio Fiscal pactuado.

14. **Declaração do Chefe do Poder Executivo** quanto a eventual aplicação dos mecanismos de ajustes fiscais previstos nos incisos I a X do artigo 167-A, § 6º, da Constituição Federal, englobando todos os Poderes e Órgãos pertencentes ao Ente Governamental, se foram adotadas as medidas, e a partir de quando, enviando respectivos Decretos/Leis, uma vez que o Ente superou o limite de 95% do referido artigo ao final de 2023.

15. Informar se o Município recebeu repasses de depósitos no exercício com base na Lei Complementar nº 151, de 5 de agosto de 2015, bem como nas Emendas Constitucionais nº 94, de 15 de dezembro de 2016, e nº 99, de 14 de dezembro de 2017. Em caso positivo, indicar o ato normativo que regulamentou a utilização dos depósitos; relacionar os valores recebidos e comprovantes de como foram utilizados em 2023.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

16. Quanto às Emendas Individuais Impositivas – Transferências Especiais (Federal: CF/88, art. 166-A, inciso I; Estadual: Constituição Estadual SP/89, art. 175-A, inciso I), encaminhar a seguinte documentação:

a. Declaração, assinada pelo responsável pelo setor de Finanças, informando se houve recebimentos desta natureza por parte do município de Orlândia em 2023 ou se existe saldo proveniente de exercícios anteriores, ou declaração negativa;

b. (Caso tenha ocorrido recebimentos em 2023) Forma de contabilização dos recursos recebidos;

c. (Caso tenha ocorrido recebimentos em 2023) Declaração informando a relação de empenhos abertos para realizar as despesas pagas com os recursos recebidos;

d. (Caso tenha ocorrido recebimentos em 2023) Extrato bancário da conta corrente aberta para recebimentos dos valores (todos os meses de 2023), se for o caso, ou declaração negativa.

17. Extratos de pagamento e instrumentos das operações de crédito firmadas pela Prefeitura no exercício (ou declaração negativa).

18. Extrato de pagamento e instrumentos de parcelamentos previdenciários e de encargos emitido pela Receita Federal e de outros parcelamentos de débitos junto ao INSS ou RPPS eventualmente firmados (ou declaração negativa).

19. Guias de recolhimento dos encargos sociais relativos ao INSS, RPPS, FGTS e PASEP, referentes ao exercício de 2023, acompanhadas dos respectivos relatórios mensais de apuração dos valores devidos e dos comprovantes de pagamento (**não precisa enviar digitalizado, deixar a disposição no dia da fiscalização in loco**).

20. Declaração informando se, em 31/12/2023, havia encargos sociais não parcelados (INSS, RPPS, FGTS e PASEP) de competência do exercício de 2023 ou de anos anteriores com o recolhimento em situação de atraso ou inadimplência.

21. Declaração informando se, em 31/12/2023, havia acordos de parcelamento vigentes de contribuições devidas ao FGTS ou PASEP.

22. Elaborar quadro abaixo com as informações dos parcelamentos a encargos sociais da Prefeitura (se for o caso):

Nº do acordo	Valor Total Parcelado	Quantidade parcelas	Parcelas devidas no exercício	Parcelas pagas no exercício

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

23. Relação dos servidores inativos ou pensionistas de responsabilidade financeira do Tesouro Municipal pagos pela Prefeitura Municipal (complementação de proventos ou totalidade dos proventos) (ou declaração negativa).

24. Ato normativo que fixou os valores e regulamentou o pagamento de auxílio-alimentação aos aposentados e pensionistas, custeado com recursos da Prefeitura Municipal (ou declaração negativa).

25. Balancete analítico contábil das despesas executadas no exercício de 2023, relativas à concessão de auxílio-alimentação aos aposentados e pensionistas pela Prefeitura Municipal (ou declaração negativa).

26. Relativo aos Precatórios:

a) Cópia do Mapa Orçamentário de Precatórios do TJ-SP e TRT-15 (caso houver) para pagamento no exercício de 2023;

b) Acordo junto ao DEPRE que firmou a alíquota mínima sobre a RCL dos depósitos a serem efetuados no regime especial no exercício de **2023** e para o exercício de **2024**;

c) Apresentar relação (com identificação dos empenhos) dos pagamentos realizados em 2023 correspondentes aos depósitos do regime especial;

d) Extrato da conta junto ao DEPRE com o saldo final em 31/12/2023.

27. Declaração informando se, no exercício de 2023, houve o recebimento ou havia precatórios a receber pela Prefeitura Municipal.

28. Declaração informando se, no exercício de 2023, foram celebrados acordos diretos com credores de precatórios ou houve o pagamento de precatórios mediante acordos diretos com credores celebrados em exercícios anteriores.

29. Certidão de regularidade, emitidas pelo DEPRE/TJSP, atestando a suficiência dos depósitos realizados pela Prefeitura para quitação dos precatórios devidos em 2023.

30. Apresentar relação informando o total de requisitórios de baixa monta incidentes e pagos no exercício de 2023, acompanhada da relação de empenhos.

31. Declaração informando se, em 31/12/2023, havia requisições de pequeno valor (RPV) vencidas e pendentes de pagamento pela Prefeitura.

32. Leis promulgadas no exercício de 2023 que tenham criado ou extinto cargos e/ou novas vagas para cargos já existentes no quadro de pessoal da Prefeitura, acompanhadas das respectivas estimativas de impacto orçamentário e financeiro, caso elaboradas (ou declaração negativa).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

33. Declaração informando se houve nomeação de servidores para cargos em comissão no exercício de 2023, encaminhando a relação dos servidores nomeados, com menção ao nome, cargo, data da admissão e legislação que regulamenta suas atribuições (ou declaração negativa).

34. Relação dos servidores temporários admitidos em 2023 com menção ao nome, cargo, número do processo seletivo, data da admissão e legislação que regulamenta suas atribuições (ou declaração negativa).

35. Cópia de todas as legislações que tenham concedido reajustes em 2023 aos agentes políticos e às remunerações dos demais servidores (ou declaração negativa).

36. Declaração informando se é realizado pagamento de plano de saúde para os agentes políticos da prefeitura, relacionando os agentes políticos e valores pagos em 2023.

37. Declaração informando se, no exercício de 2023, foram criados ou majorados auxílios, vantagens, bônus, abonos, verbas de representação ou benefícios de qualquer natureza, inclusive os de cunho indenizatório, em favor dos servidores da Prefeitura ou dos agentes políticos do Poder Executivo.

38. Relação dos servidores da Prefeitura Municipal com períodos aquisitivos de férias vencidos e pendentes de gozo há mais de dois anos (ou declaração negativa).

39. Declaração informando se, no exercício de 2023, havia situações de acúmulo de cargos ou funções dos agentes políticos do Poder Executivo Municipal.

40. Declaração informando se, no exercício de 2023, foram apresentadas as declarações de bens e valores pelos agentes políticos do Poder Executivo Municipal, nos termos do art. 13 da Lei nº 8.429/1992.

41. Extrato bancário e razão contábil analítico da conta vinculada do Fundeb referentes ao exercício de 2023, acompanhados da respectiva conciliação bancária em 31/12/2023.

42. Declaração informando o CNPJ e a razão social do órgão que detém a titularidade da conta bancária vinculada do Fundeb.

43. Informar se os recursos do Fundeb referentes ao exercício de 2023 foram utilizados para o pagamento de abono e/ou 14º salário aos profissionais da educação básica do Município. Em caso positivo, apresentar as notas de empenho correspondentes e os atos normativos autorizativos.

44. Relação dos valores despendidos com inativos do magistério incluídos nos mínimos constitucionais do Ensino em 2023 (ou declaração negativa).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

45. Declaração informando se em 2023 houve recebimento de complementação VAAT ou VAAR do Fundeb (Valor Anual Total por Aluno ou Valor Aluno Ano Resultado).

46. Declaração informando se o Município disponibilizou as informações e os dados contábeis, orçamentários e fiscais, nos termos do artigo 163-A da CF e do artigo 38 da Lei nº 14.113/2020, habilitando-se a receber a complementação VAAT? (enviar também comprovação de envio dessas informações)

47. Declaração informando se o Município atendeu às condicionalidades legais, em face do artigo 14 da Lei nº 14.113/2020, habilitando-se a receber a complementação VAAR?

48. Declaração informando se os serviços de psicologia educacional e serviço social foram implantados na rede escolar pública municipal, nos termos da Lei nº 13.935/2019. Em caso positivo, apresentar relação dos profissionais (nome e cargo) que atuam nessas atividades, especificando a fonte de recursos utilizada para pagamento de seus salários.

49. Relatórios emitidos pela plataforma Secretaria Escolar Digital (SED) e/ou por outro sistema informatizado de gestão escolar utilizado pela Prefeitura, contendo os seguintes **dados**[1] da rede pública municipal de ensino, considerando como data-base o final do ano letivo de 2023:

- **a.** Número de alunos matriculados;
- **b.** Número de alunos matriculados em período de tempo integral;
- **c.** Número de alunos matriculados oriundos de famílias beneficiadas com programa de redistribuição de renda (bolsa-família, renda cidadã, etc.);
- **d.** Número de alunos matriculados em período de tempo integral oriundos de famílias beneficiadas com programa de redistribuição de renda;
- **e.** Número de alunos matriculados na rede regular de ensino pertencentes ao público-alvo da Educação Especial;
- **f.** Número e cargo dos profissionais que realizam Atendimento Educacional Especializado (AEE) dentro das salas de aula na rede regular de ensino.

50. Eventual regulamento municipal que discipline a forma de acesso às escolas em jornada de tempo integral.

[1] **Os dados deverão ser apresentados de forma segregada e individualizada por turma e por unidade escolar.**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

51. Relatórios e/ou outros documentos que comprovem o monitoramento e a avaliação da execução das ações e estratégias e do cumprimento das metas do Plano Municipal de Educação.

52. Lei municipal que tenha fixado o piso salarial, vigente no exercício de 2023, dos profissionais do magistério da rede de educação básica do Município; ou caso não tenha lei específica enviar a comprovação de que o piso salarial municipal atendeu ao piso nacional em 2023.

53. Cópia de todas as atas elaboradas pelo Conselho de Alimentação Escolar em 2023.

54. Cópia das atas de todas as reuniões realizadas pelo Conselho Municipal de Educação em 2023 e 2024.

55. Cópia das atas de todas as reuniões realizadas pelo Conselho de Acompanhamento e Controle Social do FUNDEB em 2023 e 2024.

56. Cópia do parecer da prestação de contas emitido pelo CACS FUNDEB referente ao exercício de 2023.

57. Relatório contábil analítico dos créditos inscritos em dívida ativa que foram cancelados no exercício de 2023.

58. Relatório contábil e/ou relatório próprio de controle dos créditos inscritos em dívida ativa que estão sendo cobrados de forma judicial pela Prefeitura.

59. Relatório contábil e/ou relatório próprio de controle dos créditos inscritos em dívida ativa que estão sendo cobrados de forma extrajudicial pela Prefeitura.

60. Declaração informando se o cadastro de transferência/titularidade dos bens imóveis encontra-se atualizado, informando inclusive a data do último recadastramento/atualização e se o sistema é informatizado.

61. Declaração sobre a data da última higienização realizada no estoque da dívida ativa, de forma a separar os créditos podres, débitos prescritos, de pequeno valor ou com vícios administrativos na sua constituição execução dos créditos líquidos.

62. Declaração informando especificamente se há utilização dos meios de cobrança da dívida ativa de forma extrajudicial: Parcelamento incentivado de créditos; Facilitação do Pagamento - encaminhamento de boleto bancário ou guia de arrecadação preenchida ao devedor; Protesto extrajudicial da Certidão da Dívida Ativa (CDA); Conciliação extrajudicial; Inclusão do nome do devedor em Cadastro (Ex. Cadastro Informativo Municipal - CADIN); Inclusão do nome do devedor em serviços de proteção ao crédito.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

63. Declaração informando a relação dos últimos 04 anos de programas de recuperação fiscal ou REFIS.

64. Declaração sobre a existência de setor jurídico específico para controle e andamento dos processos de execução fiscal, estrutura, funcionamento, e quantidade e cargos de servidores.

65. Digitalização integral do processo de compra, do contrato e do acompanhamento da execução contratual (empenhos, notas fiscais, liquidações, medições e pagamento) dos seguintes processos:

a. Empenho 378/2023 - Pregão Presencial;

b. Empenho 9308/2023 – Tomada de Preços;

c. Empenho 1916/2023 – Inexigibilidade;

66. Relacionar os estabelecimentos de ensino municipais indicando quais possuem ou não AVCB (Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros) vigente.

67. Relacionar os estabelecimentos de saúde municipais indicando quais possuem ou não AVCB (Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros) vigente.

68. Declaração informando se foram instituídas taxas ou tarifas decorrentes da prestação dos serviços de limpeza urbana e de manejo de resíduos sólidos. Em caso positivo, apresentar o ato normativo que as tenha instituído.

Enviar estudo para definição do valor cobrado x viabilidade do gasto (ou declaração negativa).

Em caso negativo, informar se foi enviado projeto de lei para instituição das referidas taxas ou tarifas, e respectivo andamento ou desfecho do projeto.

69. Informar se o município instituiu a Contribuição para custeio da Iluminação Pública (CIP). Caso afirmativo apresentar a norma.

70. Declaração informando se a Prefeitura implementou programa de coleta seletiva de resíduos sólidos no Município.

Em caso positivo, apresentar as normas e documentos que comprovem a implementação do referido programa, informando de que forma a Prefeitura contribui com o mesmo e quais cooperativas e associações de catadores dele participam, bem como os contratos firmados com as empresas prestadoras dos serviços de coleta seletiva, se for o caso.

71. Declaração informando se o Município possui Plano de Contingência Municipal de Defesa Civil (PLANCON). Em caso positivo, apresentá-lo.

72. Declaração informando se o Município possui Plano de Mobilidade Urbana. Em caso positivo, apresentá-lo.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

73. Declaração informando se o Município possui Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC). Em caso positivo, apresentá-lo.

74. Declaração informando se a Prefeitura Municipal dispõe de Política de Segurança da Informação formalmente instituída. Em caso positivo, apresentá-lo.

75. Declaração informando se a Prefeitura Municipal regulamentou a Lei de Acesso à Informação (artigo 45 da Lei Federal n° 12.527, de 18 de novembro de 2011). Em caso positivo, apresentá-lo.

76. Declaração informando se A Prefeitura Municipal regulamentou o tratamento de dados pessoais segundo a LGPD (Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018). Em caso positivo, apresentá-lo.

77. Cópia do Relatório Anual de Gestão (RAG) das contas municipais da saúde de 2022 e 2023.

78. Cópia do protocolo de recebimento, pelo Conselho Municipal de Saúde, do Relatório Anual de Gestão das contas municipais da saúde de 2022 e 2023.

79. Cópia das atas de todas as reuniões realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde em 2023, bem como da reunião em que houve a apreciação da Gestão de 2022 e 2023 da Saúde.

80. Plano de Cargos e Salários Específico para os Fiscais Tributários (ou declaração negativa se não houver).

81. Declaração informando se a prefeitura dispõe de um programa de inibição ao absenteísmo de professores em sala de aula, com envio da documentação comprobatória (ou declaração negativa).

82. Declaração se há Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) específico elaborado e implantado para seus professores em âmbito municipal (ou declaração negativa se não houver).

83. Declaração se há Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) específico elaborado e implantado para seus profissionais de saúde em âmbito municipal (ou declaração negativa se não houver).

84. Relação das equipes de saúde da família atuando no Município em 2023 (relacionar as equipes, os profissionais e o quantitativo da população atendida por cada equipe – Posição em 31/12/2023).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

85. Relatório sobre o resultado do atingimento das metas e indicadores constantes na programação do Plano Municipal de Saúde Diretriz n° 1 (Garantir o acesso da população e aperfeiçoar a qualidade das ações e serviços de saúde no âmbito da atenção básica – todos objetivos dessa diretriz) – Referente ao ano de 2023 (posição em 31/12/2023).

86. Declaração informando se há concurso público para provimento de cargos de Agente Comunitário de Saúde, bem como relação dos aprovados. Caso não tenha concurso vigente, informar qual foi o último concurso e qual data foi nomeado o último candidato habilitado.

87. (Se for o caso) Certidão, emitida e assinada pelo gestor do Instituto de Previdência de Igarapava, acerca da posição atual dos parcelamentos previdenciários e das parcelas quitadas em 2023, ou declaração negativa;

88. Declaração, assinada pelo gestor do Instituto de Previdência de Igarapava, a respeito da quitação de todas as parcelas da contribuição patronal e dos servidores devidas no exercício de 2023, informando os valores repassados e se houve atraso em algum dos repasses;

89. Ato normativo que tenha fixado as alíquotas de contribuição patronal (normal e suplementar) e dos servidores, bem como o valor dos aportes para equacionamento do déficit atuarial, se houver;

90. Ato normativo que tenha instituído o regime de previdência complementar no âmbito do município;

91. Declaração, acompanhada de documentos comprobatórios, informando se os dirigentes da unidade gestora do RPPS comprovaram atendimento aos requisitos mínimos estabelecidos no art. 8º-B da Lei nº 9.717/1998.

92. Declaração informando como é feito o levantamento da demanda por vagas na rede municipal de ensino (estudo, pesquisa, busca ativa ou procura do interessado);

93. Declarar a oferta e demanda de vagas no município nos seguintes períodos:

POSIÇÃO 30/06/2023			
NÍVEL	**DEMANDA POR VAGAS**	**OFERTA DE VAGAS**	**DATA DO PEDIDO MAIS ANTIGO NA FILA ***
Ens. Infantil (Creche)			
Ens. Infantil (Pré escola)			
Ens. Fundamental (Anos Iniciais)			
Ens. Fundamental (Anos Finais)			

*Se houver

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

POSIÇÃO 31/12/2023			
NÍVEL	**DEMANDA POR VAGAS**	**OFERTA DE VAGAS**	**DATA DO PEDIDO MAIS ANTIGO NA FILA ***
Ens. Infantil (Creche)			
Ens. Infantil (Pré escola)			
Ens. Fundamental (Anos Iniciais)			
Ens. Fundamental (Anos Finais)			

*Se houver

POSIÇÃO 30/06/2024			
NÍVEL	**DEMANDA POR VAGAS**	**OFERTA DE VAGAS**	**DATA DO PEDIDO MAIS ANTIGO NA FILA ***
Ens. Infantil (Creche)			
Ens. Infantil (Pré escola)			
Ens. Fundamental (Anos Iniciais)			
Ens. Fundamental (Anos Finais)			

94. Declaração com as seguintes informações abaixo:

- Quais medidas a Prefeitura Municipal adotou e/ou estão sendo adotadas e/ou adotará para diminuir/zerar o déficit de vagas apurado;
- Há projetos que contemplem a construção e/ou ampliação de creche no Município;
- Há obras para construção e/ou ampliação de creche parada/atrasada.

95. Declarar se a rede municipal de ensino apresenta aumento de demanda por vagas de forma sazonal em época de colheitas agrícolas. Caso positivo, informar os meses em que ocorre este aumento, bem como as medidas adotadas para o atendimento da demanda;

96. Declaração relatando as justificativas detalhadas que “impuseram” e mantiveram até a presente data a intervenção na Santa Casa de Miguelópolis.

97. Encaminhar Decretos ou documentação similar que autorizou e manteve a intervenção até a presente data.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

98. Encaminhar as demonstrações contábeis (Balanço Patrimonial e DRE) da Santa Casa de Igarapava do ano em que ocorreu a intervenção na Santa Casa de Igarapava; (Ou declaração negativa);

99. Encaminhar as demonstrações contábeis (Balanço Patrimonial e DRE) da Santa Casa de Igarapava de 2022 e 2023; (Ou declaração negativa);

100. Comprovação de regularidade de débitos relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, FGTS, de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho e de regularidade Municipal e de regularidade Estadual da Santa Casa de Igarapava;

101. Estatuto Social Atualizado da Santa Casa de Igarapava;

102. Enviar o parecer e relatório de auditoria independente realizada nas contas de 2022 e 2023 da Santa Casa de Igarapava (Ou declaração negativa).

Prazo de entrega: 06 de agosto de 2024 (1° dia da fiscalização in loco)

Forma de Entrega: Encaminhar os itens requisitados em formato PDF pesquisável, nomeados e numerados de forma a identificar o conteúdo, não excedendo ao tamanho de 5 Mb cada arquivo.

Lembramos que as Autoridades e/ou Servidores Públicos são obrigados, sob as penas da lei, a atender no prazo fixado às Requisições, conforme dispõe o § 1º do art. 25 da Lei Complementar Estadual nº 709/1993.

UR-17.3, 24 de julho de 2024.

Agente da Fiscalização

Chefe Técnico da Fiscalização
17.3

Diretor Técnico de Divisão
Em Substituição – UR-17

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UN-3U4F-7HBL-DDPI

Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo

AUDESP
DIVISÃO DE AUDITORIA ELETRÔNICA DE SÃO PAULO

DOCUMENTO CADASTRO AUDITORIA GOVERNANÇA AJUDA/SAIR

Prestar Informações Via Interação Direta >> Relatório de Atividades

Município:	Igarapava
Entidade:	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Ano Exercício:	2023
Tipo de Documento:	Relatório de Atividades
Período:	Ano
Data da Prestação:	03/04/2024 16:30

Voltar

Programas

Código do Programa	Denominação do Programa	Código do Indicador Pretendido	Denominação do Indicador Pretendido	Unidade de Medida	Quantidade Estimada	Quantidade Realizada	Justificativa de Desvios em Relação ao Atingimento d
45	Gestao Politico Administrativa	4	Manut Gabinete/Tiro Guerra e JSM	%	100,00	100,00	Meta Atingida
46	Adminisracao Setorial/Secretarias	5	Serviços Secretaria	%	100,00	97,00	Meta Atingida
49	Suporte Administrativo	43	Gratificacão	%	50,00	0,00	Meta sem previsão
53	Defensoria Publica Municipal	6	Manut Procuradoria Juridica	%	100,00	100,00	Meta Atingida
56	Gestao Financeira	7	Administração Fazendaria	%	100,00	0,00	Meta sem previsão
65	Administracao Financeira e Orcamentaria	8	Contabilidade Controle Orçamento	%	100,00	100,00	Meta Atingida
66	Controle Almoxarifado e Patrimonio	9	Almoxarifado e Patrimônio	%	100,00	100,00	Meta Atingida
76	Manutencao Administracao de Pessoal	10	Administração de Pessoal	%	100,00	90,00	Meta Parcialmente Atingida
80	Fiscalizacao da Receita	11	Fiscalização de Receitas	%	100,00	98,00	Meta Parcialmente Atingida
85	Apoio as Acoes de Seguranca Publica	55	Manutenção do Fundo Municipal de Segurança Pública	%	100,00	92,00	Meta Parcialmente Atingida
89	Apoio ao Policiamento Comunitario	51	Monitoramento	UN	100,00	100,00	Meta Atingida
95	Programas de Atencao a Pessoas Idosas	12	Manut da Atenção Pessoas Idosas	%	100,00	48,00	Meta Parcialmente Atingida
110	Defesa dos Dir.da Crianca e do Adolescente	13	Assist Criança e Adolescente	%	100,00	82,00	Meta Parcialmente Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	14	Assist População	%	100,00	100,00	Meta Parcialmente Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	18	Manut Saude Atenção Basica-SUS	%	100,00	100,00	Meta Atingida
156	Atendimento Ambulatorial e Hospitalar	50	Serviços de Saúde	UN	100,00	100,00	Meta Atingida
209	Manutencao do Conselho Municipal de Saude	47	Manutenção do Conselho Municipal de Saúde	%	25,00	12,60	Prioridades em outros Programas
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	22	Manut Ens. 1º a 8º	%	100,00	100,00	Meta Atingida
212	Alimentacao Escolar	23	Distrib. Merenda Esc./Fund/Infantil	%	100,00	100,00	Meta Atingida
214	Transporte Escolar	25	Manut.T.Aluno-Fund/Infantil	%	100,00	100,00	Meta Atingida
218	Agricultura Meio Ambiente e Obras	54	Agricultura e Meio Ambiente	UN	100,00	95,00	Meta Parcialmente Atingida
226	Ensino Superior	27	Transp. Aluno Ensino Superior	%	100,00	100,00	Meta Atingida
230	Ensino Medio	29	Manut Colegio Municipal	%	100,00	88,00	Prioridades em outros Programas
240	Construcao de Creches e Pre-Escolas	44	METRO CONSTRUÍDO	m	25,00	6,00	Meta Parcialmente Atingida
251	Atendimento ao Excep. Portadores Deficencia	31	Pessoas com necessidades especiais	%	100,00	40,00	Prioridades em outros Programas
261	Museu da Memoria e Cidadania	45	Metros	%	25,00	100,00	Meta Atingida
270	Promocao de Eventos Artisticos e Culturais	32	Promoção Artitiscas e Culturais	%	100,00	100,00	Meta Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	33	Obras	%	100,00	62,00	Meta Parcialmente Atingida
285	Servicos de Utilidade Publica	36	Manut Limpeza publica	%	100,00	85,00	Meta Parcialmente Atingida
288	Manutencao do Servico de Transportes Coletivo	46	Transporte Coletivo	%	25,00	12,50	Prioridades em outros Programas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TF-7K5R-7IXX-2YQ3

Código do Programa	Denominação do Programa	Código do Indicador Pretendido	Denominação do Indicador Pretendido	Unidade de Medida	Quantidade Estimada	Quantidade Realizada	Justificativa de Desvios em Relação ao Atingimento da
291	Construcao de Casas Populares	49	Casas Populares	UN	25,00	0,00	Meta sem Previsão
316	Incentivo a Producao e Acoes Alimentares	56	Incentivo a Produção e Ações Alimentares	Porcentagem	0,00	0,00	Meta sem Previsão
346	Fomento ao Turismo Local	39	Manut Ativid. Turisticas	%	100,00	78,00	Meta Parcialmente Atingida
361	Conservacao de Estradas	40	Manut Estr. Rodagem	%	100,00	58,00	Prioridades em outros Programas
372	Desenvolvimento do Esporte Amador	41	Manut Ativ Esportivas	%	100,00	89,00	Meta Parcialmente Atingida
999	Reserva de Contingencia	42	Reserva contingencia/ Reserva RPPS	%	1.001,00	100,00	Meta Atingida

Ações

Código do Programa	Denominação do Programa	Código da Ação	Denominação da Ação	Unidade Orçamentária	Unidade Executora	Função de Governo	Subfunção de Governo	Denominação da Meta	Unidade de Medida	Quantidade Estimada	Quantidade Realizada	Justificativa de Desvios em Relação ao
45	Gestao Politico Administrativa	1004	Reforma/Ampliacao das Dependencias Tiro de Guerra e Outros	GABINETE	JSM/TIRO DE GUERRA	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO GERAL	Reforma Ampl.Tiro de Guerra	%	100,00	0,00	Prioridades em outros Programas
45	Gestao Politico Administrativa	1010	Aquisicao de Veiculo	GABINETE	CHEFIA DO EXECUTIVO	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO GERAL	Aquisicao veiculo	UND	1,00	0,00	Prioridades em outros Programas
45	Gestao Politico Administrativa	2003	Manut. do Gabinete do Prefeito e Dependencias	GABINETE	CHEFIA DO EXECUTIVO	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO GERAL	Manut. Ganinete do Prefeito	%	200,00	32,00	Meta sem Previsão
45	Gestao Politico Administrativa	2007	Manut.do Tiro de Guerra	GABINETE	JSM/TIRO DE GUERRA	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO GERAL	Tiro de Guerra	%	200,00	150,00	Meta Parcialmente Atingida
45	Gestao Politico Administrativa	2008	Manutencao dos servicos Junta Militar	GABINETE	JSM/TIRO DE GUERRA	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO GERAL	Serv. Junta Militar	%	200,00	98,00	Prioridades em outros Programas
46	Adminisracao Setorial/Secretarias	2297	Manutencao Divisao Administracao	DEPARTAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO	DIVISÃO ADMINISTRAÇÃO GERAL	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO GERAL	Suporte Administrativo	%	200,00	200,00	Meta Atingida
49	Suporte Administrativo	1279	Frota	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	DIVISÃO DE FROTA	ADMINISTRAÇÃO	SERVIÇOS URBNOS	Frota	%	50,00	50,00	Meta Atingida
49	Suporte Administrativo	2053	Manutencao da Atividade Delegada dos Servicos da Policia Militar	GABINETE	CHEFIA DO EXECUTIVO	SEGURANÇA PÚBLICA	POLICIAMENTO	Gratificacao	%	200,00	200,00	Meta Atingida
53	Defensoria Publica Municipal	2006	Manutencao da Procuradoria Juridica do Municipio	GABINETE	PROCURADORIA DO MUNICIPIO	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO GERAL	Manut. Procuradoria Municipio	UND	200,00	122,00	Meta Parcialmente Atingida
56	Gestao Financeira	2296	Manutencao Divisao Tesouraria	DEPARTAMENTO DE FINANÇAS	DIVISÃO DE TESOURARIA	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA	Administracao Fazendaria	%	200,00	152,00	Meta Parcialmente Atingida
65	Administracao Financeira e Orcamentaria	2011	Contribuicao ao Pasep	DEPARTAMENTO DE FINANÇAS	DIVISÃO DE CONTABILIDADE E ORÇAMENTO	ENCARGOS ESPECIAIS	TRANSFERÊNCIAS	Previdencia Social Basica	%	200,00	200,00	Meta Atingida
65	Administracao Financeira e Orcamentaria	2080	Pagamentos de Precatorios	DEPARTAMENTO DE FINANÇAS	DIVISÃO DE CONTABILIDADE E ORÇAMENTO	ENCARGOS ESPECIAIS	SERVIÇO DA DÍVIDA INTERNA	Precatorios	%	100,00	100,00	Meta Atingida
65	Administracao Financeira e Orcamentaria	2090	Juros da Divida Contratada	DEPARTAMENTO DE FINANÇAS	DIVISÃO DE CONTABILIDADE E ORÇAMENTO	ENCARGOS ESPECIAIS	SERVIÇO DA DÍVIDA INTERNA	Controle Orcamentario	%	100,00	100,00	Meta Atingida
65	Administracao Financeira e Orcamentaria	2100	Amortizacao da Divida Fundada Interna	DEPARTAMENTO DE FINANÇAS	DIVISÃO DE CONTABILIDADE E ORÇAMENTO	ENCARGOS ESPECIAIS	SERVIÇO DA DÍVIDA INTERNA	Controle Orcamentario	%	100,00	100,00	Meta Atingida
65	Administracao Financeira e Orcamentaria	2283	Manutencao Servicos Contabilidade e Financas	DEPARTAMENTO DE FINANÇAS	DIVISÃO DE CONTABILIDADE E ORÇAMENTO	ADMINISTRAÇÃO	CONTROLE INTERNO	Unidade de Contabilidade	%	200,00	160,00	Meta Parcialmente Atingida
66	Controle Almoxarifado e Patrimonio	2282	Manut.Divisao Planejamento e Licitacao	DEPARTAMENTO DE FINANÇAS	DIVISÃO DE PLANEJAMENTO E LICITAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO GERAL	Planejamento e Licitacao	%	200,00	158,00	Meta Parcialmente Atingida
66	Controle Almoxarifado e Patrimonio	2287	Manutencao Divisao de Almoxarifado e Patrimonio	DEPARTAMENTO DE FINANÇAS	DIVISÃO DE MATERIAL E PATRIMONIO	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO GERAL	Controle de Custos	%	200,00	192,00	Meta Parcialmente Atingida
76	Manutencao Administracao de Pessoal	2285	Manutencao Administracao Pessoal	DEPARTAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO	DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO GERAL	Aministracao de Pessoal	%	200,00	102,00	Meta Parcialmente Atingida
76	Manutencao Administracao de Pessoal	2310	Aporte Periodico RPPS	DEPARTAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO	DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO GERAL	Aporte para Cobertura do Deficit Atuarial do RPPS	%	100,00	45,00	Meta Parcialmente Atingida
80	Fiscalizacao da Receita	2284	Manutencao Divisao Tributacao .Arrecadacao e Cadastro	DEPARTAMENTO DE FINANÇAS	DIVISÃO DE TRIBUTAÇÃO, ARRECADAÇÃ E CADASTRO	ADMINISTRAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO DE RECEITAS	Fiscalizacao da Receita	%	200,00	160,00	Meta Parcialmente Atingida
85	Apoio as Acoes de Seguranca Publica	2347	Manutencao do Fundo Mun. Seguranca Publica - FUMSEP	GABINETE	CHEFIA DO EXECUTIVO	SEGURANÇA PÚBLICA	POLICIAMENTO	Manutencao do Fundo Mun. Seguranca Publica - FUMSEP	%	200,00	192,00	Meta Parcialmente Atingida
89	Apoio ao Policiamento Comunitario	2346	Monitoramento de Vias Publicas	GABINETE	CHEFIA DO EXECUTIVO	SEGURANÇA PÚBLICA	POLICIAMENTO	Monitoramento de Vias Publicas	%	200,00	200,00	Meta Atingida

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TF-7K5R-7IXX-2YQ3

Código do Programa	Denominação do Programa	Código da Ação	Denominação da Ação	Unidade Orçamentária	Unidade Executora	Função de Governo	Subfunção de Governo	Denominação da Meta	Unidade de Medida	Quantidade Estimada	Quantidade Realizada	Justificativa de Desvios em Relação ao
89	Apoio ao Policiamento Comunitario	2390	Aquisicao de veiculo Dep. Adriana Borgo	GABINETE	CHEFIA DO EXECUTIVO	SEGURANÇA PÚBLICA	POLICIAMENTO	Veiculo	UN	0,00	0,00	Sem previsão de Meta
95	Programas de Atencao a Pessoas Idosas	2037	Manutencao Assistencia ao Idoso	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNICIPAL DO IDOSO	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA AO IDOSO	Atencao a Pessoas Idosas	%	100,00	65,00	Prioridades em outros Programas
95	Programas de Atencao a Pessoas Idosas	2442	Repasse Recurso - Lar Abrigo dos Idosos Igarapava	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA AO IDOSO	Repasse	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
110	Defesa dos Dir.da Crianca e do Adolescente	2022	Fundo Munic.dos Dir.da Crianca e Adolesc.e Conselho Tutelar	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	ASSISTÊNCIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E AO ADOSLESCENTE	DefesaCrianca e Adolescente	%	200,00	89,00	Meta Parcialmente Atingida
110	Defesa dos Dir.da Crianca e do Adolescente	2033	Manut.da Casa do Aconchego	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	ASSISTÊNCIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E AO ADOSLESCENTE	Assistencia Crianca e Adolescente	%	200,00	95,00	Meta Parcialmente Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2038	Manut. Fundo Munic. Assistencia Social	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Assistencia Populacao Carente	%	200,00	100,00	Meta Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2041	Bloco da Protecao Social Basica-PSB (Federal)	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Populacao	%	0,00	0,00	Meta sem Previsão
120	Assistencia a Populacao Carente	2042	Manut Protecao Social Basica Especial-Media Complexidade	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Poipulacao	UND	0,00	30,00	Meta Parcialmente Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2043	Bloco Gestao SUAS (Federal)	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Populacao	%	100,00	62,00	Meta Parcialmente Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2044	Manut Protecao Social Basica Especial-Alta Complexidade	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Populacao	UND	100,00	75,00	Meta Parcialmente Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2045	Bloco da Gestao do Programa Bolsa Familia e do Cadastro Unico	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Populacao	%	200,00	88,00	Meta Parcialmente Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2050	Manut. do Fundo Social de Solidariedade	GABINETE	FUNDO SOCIAL DE SOLIDARIEDADE	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Assistencia Populacao Carente	UND	0,00	12,00	Prioridades em outros Programas
120	Assistencia a Populacao Carente	2060	Manutencao da Protecao Social Basica (Proprio)	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Atendimento Populacao Carente	%	200,00	82,00	Meta Parcialmente Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2305	Manutencao do Conselho Municipal de Direitos da Crianca e Adolescente	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Manutencao do Conselho Municipal de Direitos da Crianca e Adolescente	%	100,00	32,00	Prioridades em outros Programas
120	Assistencia a Populacao Carente	2306	Manutencao do Conselho Municipal de Direitos do Idoso	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Manutencao do Conselho Municipal de Direitos do Idoso	%	100,00	38,00	Prioridades em outros Programas
120	Assistencia a Populacao Carente	2307	Manutencao do Conselho Municipal de Assistencia Social	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Manutencao do Conselho Municipal de Assistencia Social	%	100,00	22,00	Prioridades em outros Programas
120	Assistencia a Populacao Carente	2324	Reprogramacao Saldo Financeiro Portaria 884/23	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Reprogramacao de Saldo	UN	0,00	0,00	Meta sem Previsão
120	Assistencia a Populacao Carente	2325	Rec. Comb. Coronavirus - Covid Alimentos (BL GSUAS - FNAS)	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Rec. Comb. Coronavirus - Covid Alimentos (BL GSUAS - FNAS)	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2326	Rec. Comb. Coronavirus - Covid EPI (BL GSUAS - FNAS)	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Rec. Comb. Coronavirus - Covid EPI (BL GSUAS - FNAS)	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2330	Beneficios Eventuais - Repasse Estadual	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Beneficios Eventuais - Repasse Estadual	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2370	F.A.S - PSB - SUAS Custeio CRAS	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Material de consumo	UN	0,00	50,00	Meta Parcialmente Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2379	Emenda PSB - SUAS Inst. Euripedes Barsanulfo	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Emenda	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2404	F.A.S - PSEMC - SUAS Custeio CREAS	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Material de consumo e servicos	UN	0,00	36,00	Meta Parcialmente Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2413	CadUnico - Cofinanciamento	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Equipamentos e Material Permanente	Un	0,00	0,00	Meta sem Previsão

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TF-7K5R-7IXX-2YQ3

Código do Programa	Denominação do Programa	Código da Ação	Denominação da Ação	Unidade Orçamentária	Unidade Executora	Função de Governo	Subfunção de Governo	Denominação da Meta	Unidade de Medida	Quantidade Estimada	Quantidade Realizada	Justificativa de Desvios em Relação ao
120	Assistencia a Populacao Carente	2414	Vigilancia Socio-Assistencial - Co-Financiamento	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Material de Consumo e Outros Servicos de Terceiro	Un	0,00	0,00	Meta sem Previsão
120	Assistencia a Populacao Carente	2433	Repasse Emenda p/ OSC via EEAS para FMAS (AMIGA)	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Repasse	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2434	Repasse Emenda p/ OSC via EEAS para FMAS - (AMIGA) 2	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Repasse	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
120	Assistencia a Populacao Carente	2439	Cadastro Unico PROCARD - SUAS	DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO SOCIAL	FUNDO MUNIC DE ASSISTENCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA SOCIAL	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA	Material Permanente	UN	0,00	0,00	Meta sem Previsão
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	1027	Aquis.de Veiculo p/Servicos de Saude	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Aquisicao de veiculo	Un	1,00	0,00	Prioridades em outros programas
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	1049	Aquisicao de Furgao Dep. Rafael Silva	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Aquisicao de Furgao Dep. Rafael Silva	UN	0,00	0,00	Meta sem Previsão
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	1180	Aquisicao Ambulancia	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Aquisicao Ambulancias	UN	2,00	0,00	Meta sem Previsão
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	1190	Aquisicao de Equipamentos e Material Permanente	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Aquisicao Equip. Hospitalares	UN	200,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2025	Manutencao da Administracao da Saude	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Acoes Basicas de Saude	%	400,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2119	Manutencao do Centro Atencao Piscossocial	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Populacao	%	200,00	82,00	Meta Parcialmente Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2120	Manutencao do Programa Saude da Familia-PSF	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Desenvolvimento P.S.F	%	200,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2124	Manutencao do PAB Fixo	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Populacao	%	200,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2125	Manutencao Agentes Comunitarios da Saude-ACS	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Populcacao	%	100,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2126	Manutencao da Saude Bucal-SB	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Populacao	%	200,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2127	Manutencao do Teto Financeiro MAC	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Populacao	%	200,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2128	Manutencao do de Assist Farmaceutica Basica	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Populacao	%	100,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2129	Manut da Melhoria ao Acesso e da Qualidade-PMAQ	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Populacaso	%	200,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2131	Manutencao do Programa de Gestao Plena	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Populacao	%	300,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2288	Manutencao Vigilancia Sanitaria	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Vig.Sanitaria- Erradicacao Emdemias	%	300,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2382	Equipamento e Materiais Permanente Dep. Orlando Silva	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Equipamentos	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2383	Rec. Comb. Coronavirus - Portaria 3389 Federal	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Equipamento material permanente	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2391	Aquisicao de Contraceptivos Subdermico	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Contraceptivo Subdermico	UN	0,00	97,00	Meta Parcialmente Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2393	Obras/Reforma UBS e Posto Saude	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Reforma de Ubs e Postos de Saude	m	100,00	45,00	Meta sem Previsão
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2394	Emenda Parlamentar - Dep. Baleia Rossi	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Outros Servicos de Terceiro - Pessoa Juridica	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2395	Emenda Parlamentar	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Outros Servicos de Terceiro - Pessoa Juridica	UN	0,00	100,00	Meta Atingida

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TF-7K5R-7IXX-2YQ3

Código do Programa	Denominação do Programa	Código da Ação	Denominação da Ação	Unidade Orçamentária	Unidade Executora	Função de Governo	Subfunção de Governo	Denominação da Meta	Unidade de Medida	Quantidade Estimada	Quantidade Realizada	Justificativa de Desvios em Relação ao
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2398	Aquisicao de medicamentos - Portaria GM MS 1482-22	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Medicamentos	UND	0,00	95,00	Meta Parcialmente Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2399	Aquisicao de Material Enfermagem - Portaria GM MS 1482-22	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Material Enfermagem	Un	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2400	Aquisicao de fraldas Resolucao SS 76	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Fraldas	pct	0,00	0,00	Meta sem Previsão
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2401	Aquisicao Moveis UBS Felicio Bichuette Resolucao SS76	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Moveis	UN	0,00	86,00	Meta Parcialmente Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2402	Reforma Telhado e Pintura UBS Felicio Bichuette R. SS76	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	servico	M2	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2403	Servico de Sistema Interligacao de Rede de Saude - Portaria GM MS 1442/22	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	servico	UN	0,00	0,00	Meta sem Previsão
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2409	Aquisicoes de leites especiais e suplementos alimentares - P. resolucao SS 154	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Aquisicao de leites e suplementos	UN	0,00	60,00	Meta Parcialmente Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2412	Emenda Parlamentar - Dep. Fed. Ricardo Silva	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Outros Servicos Terceiros PJ	Un	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2419	Resolucao SS.155 - Aquis. Medicamentos - Material de Consumo	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Material de Consumo	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2420	Resolucao SS.155 - Aquis. Mat. Enfermagem - Material de Consumo	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Material de Enfermagem	UN	0,00	15,00	Meta Parcialmente Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2421	Resolucao SS.155 - Servicos de Terceiro-PJ - Realizacao de Cirurgias	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Servicos de Terceiro-PJ - Realizacao de Cirurgias	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2422	Resolucao SS.155 - Aquis.Mat.Limpeza-Expediente - Material de Consumo	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Mat.Limpeza-Expediente - Material de Consumo	UN	0,00	52,00	Meta Parcialmente Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2423	Resolucao SS.155 - Servicos de Terceiro-PJ - Endoscopia/Colonoscopia	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Servicos de Terceiro-PJ - Endoscopia/Colonoscopia	UN	0,00	16,00	Meta Parcialmente Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2424	Covid - LC 197/23 - Portaria GM/MS 96/23	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Covid - LC 197/23 - Portaria GM/MS 96/23	Un	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2425	Reprogramacao Saldo Saude - LC197/23	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Equipamentos e Materiais Permanentes	UN	0,00	98,00	Meta Parcialmente Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2426	Aquisicao Medicamentos - Resolucao SS53	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Medicamentos	UN	0,00	0,00	Meta sem Previsão
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2428	Aqui. Torre de Endoscopia e Colonoscopia	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Material Permanente	UN	0,00	0,00	Meta sem Previsão
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2430	Resolucao SS.65 - Aquisicao de fraldas descartaveis	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Material de higiene	Pct	0,00	0,00	Meta sem Previsão
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2431	Resolucao SS.65 - Aquisicao Medicamentos Saude Mental	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Medicamentos	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2432	Lei Complementar 197/22 - Port. GM/MS96	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Subvencoes Sociais	%	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2435	Custeio Especialidades Medicas - Resolucao SS No76 - Baleia Rossi	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Servicos	UN	0,00	54,00	Meta Parcialmente Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2436	Custeio de Cirurgias Eletivas - Repasse Santa Casa	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Pepasse	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2437	Custeio Insercao - DIU - Repasse Santa Casa - SS No76	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Repasse	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2441	Repasse Uniao Assit. Financeira .EC127/22	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Repasse	UN	0,00	100,00	Meta Atingida

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TF-7K5R-7IXX-2YQ3

Código do Programa	Denominação do Programa	Código da Ação	Denominação da Ação	Unidade Orçamentária	Unidade Executora	Função de Governo	Subfunção de Governo	Denominação da Meta	Unidade de Medida	Quantidade Estimada	Quantidade Realizada	Justificativa de Desvios em Relação ao
150	Acoes Medicas Basicas(UBS)	2444	Aquisicao micro onibus - APAE	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Micro onibus	UN	0,00	0,00	Meta sem Previsão
156	Atendimento Ambulatorial e Hospitalar	2360	Assistencia Hospitalar e Ambulatorial	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Assistencia Hospitalar e Ambulatorial	Un	200,00	100,00	Meta Atingida
156	Atendimento Ambulatorial e Hospitalar	2361	Manutencao dos Servicos Medicos e Enfermagem em Telemedicina	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	Manutencao dos Servicos Medicos e Enfermagem em Telemedicina	UN	100,00	100,00	Meta Atingida
209	Manutencao do Conselho Municipal de Saude	2226	Manutencao do Conselho Municpal de Saude	DEPARTAMENTO DE SAUDE	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	SAÚDE	ATENÇÃO BÁSICA	Manutencao do Conselho Municpal de Saude	%	100,00	32,00	Prioridades em outros Programas
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	1036	Aquisicao de Veiculo	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DO ENSINO FUNDAMENTAL - 25%	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Veiculo	Un	0,00	0,00	Meta sem Previsão
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	1150	Reforma/Ampliacao Predios Escolares	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	FUNDEB	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Reforma Predios Escolares -FUNDEB	m	100,00	100,00	Meta Atingida
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	1187	Construcao de Quadra Escolar Coberta	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DO ENSINO FUNDAMENTAL - 25%	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Quadra Escolar	m	0,00	55,00	Prioridades em outros Programas
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	1266	Construcao de Cozinha Piloto	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DO ENSINO FUNDAMENTAL - 25%	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Construcao de Cozinha Piloto	UND	100,00	75,00	Meta Parcialmente Atingida
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	1270	Reforma/Ampliacao Predio Escolares	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DO ENSINO FUNDAMENTAL - 25%	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Reforma Ampl. Predios Escolas	UN	20,00	11,00	Prioridades em outros Programas
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	2014	Manutencao do Ensino Infantil Pre-Escola	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DO ENSINO INFANTIL	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO INFANTIL	Manutencao do Ensino Infantil Pre-Escola	%	936,00	100,00	Meta Atingida
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	2190	Manutencao do Ensino Fundamental	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DO ENSINO FUNDAMENTAL - 25%	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Manut. Rede Escolar - 25%	%	500,00	100,00	Meta Atingida
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	2230	Manutencao do Fundeb - Fundamental	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	FUNDEB	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Manut. Ensino de 1 a 8 serie -Fundeb	%	300,00	100,00	Meta Atingida
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	2260	Manutencao do Ensino Infantil FUNDEB Pre-Escola	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	FUNDEB	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO INFANTIL	Manutencao do Ensino Infantil FUNDEB Pre-Escola	%	300,00	100,00	Meta Atingida
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	2270	Manutencao Ensino Infantil Fundeb-Creche	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	FUNDEB	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO INFANTIL	Manutencao Ensino Infantil Fundeb-Creche	%	300,00	79,00	Meta Parcialmente Atingida
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	2290	Manutencao do Ensino Infantil-Creche	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DE CRECHE	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO INFANTIL	Manutencao do Ensino Infantil-Creche	%	400,00	100,00	Meta Atingida
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	2384	Programa Dinheiro Direto Escola - PMDDE	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DO ENSINO FUNDAMENTAL - 25%	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Programa Dinheiro Direto Escola - PMDDE	Un	100,00	0,00	Prioridades em outros Programas
210	Desenvolvimento da Educacao Basica	2384	Programa Dinheiro Direto Escola - PMDDE	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DO ENSINO INFANTIL	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO INFANTIL	Programa Dinheiro Direto Escola - PMDDE	Un	100,00	0,00	Prioridades em outros Programas
212	Alimentacao Escolar	1264	Reforma/Ampiacao Cozinha Piloto	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE MERENDA ESCOLAR	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO INFANTIL	Reforma/Ampl Cozinha Piloto	Un	1,00	0,00	Prioridades em outros Programas
212	Alimentacao Escolar	2291	Manutencao Merenda Escolar Infanitl Pre Escola	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE MERENDA ESCOLAR	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO INFANTIL	Distrib. M.Escolar -Infantil	%	100,00	100,00	Meta Atingida
212	Alimentacao Escolar	2292	Manutencao Merenda Escolar Fundamental	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE MERENDA ESCOLAR	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Distrib. M. Escolar-Fundamental	%	400,00	100,00	Meta Atingida
212	Alimentacao Escolar	2299	Manutencao Merenda Escolar Infantil Creche	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE MERENDA ESCOLAR	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO INFANTIL	Manut. Ensino Pre Escolas	%	200,00	100,00	Meta Atingida
212	Alimentacao Escolar	2302	Manutencao PNAE EJA	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE MERENDA ESCOLAR	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Manut. Creches	%	100,00	100,00	Meta Atingida
214	Transporte Escolar	1009	Aquisicao de Veiculos	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE ALUNOS	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Aquisicao de Veiculos	UND	2,00	100,00	Meta Atingida
214	Transporte Escolar	1056	Aquisicao de Onibus Escolar	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE ALUNOS	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Onibus Escolar	UN	1,00	0,00	Meta sem Previsão

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TF-7K5R-7IXX-2YQ3

Código do Programa	Denominação do Programa	Código da Ação	Denominação da Ação	Unidade Orçamentária	Unidade Executora	Função de Governo	Subfunção de Governo	Denominação da Meta	Unidade de Medida	Quantidade Estimada	Quantidade Realizada	Justificativa de Desvios em Relação ao
214	Transporte Escolar	2018	Manutencao do Transporte de Alunos Infantil Pre-Escola - Zona Rural	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE ALUNOS	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO INFANTIL	Manutencao do Transporte de Alunos Infantil Pre-Escola - Zona Rural	%	200,00	100,00	Meta Atingida
214	Transporte Escolar	2019	Manutencao Transporte de Aluno Fundamental	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE ALUNOS	EDUCAÇÃO	ENSINO FUNDAMENTAL	Manutencao Transporte de Aluno Fundamental	%	400,00	100,00	Meta Atingida
218	Agricultura Meio Ambiente e Obras	2308	Manutencao da Divisao de Agricultura Meio Ambiente e Obras	DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA	DIVISAO DA AGRICULTURA, MEIO AMBIENTE E OBRAS	AGRICULTURA	ABASTECIMENTO	Manutencao da Divisao de Agricultura Meio Ambiente e Obras	%	200,00	100,00	Meta Atingida
218	Agricultura Meio Ambiente e Obras	2309	Manutencao do Programa Bem Estar Animal Domestico	DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA	DIVISAO DA AGRICULTURA, MEIO AMBIENTE E OBRAS	AGRICULTURA	ABASTECIMENTO	Manutencao do Programa Bem Estar Animal Domestico	%	200,00	132,00	Meta Parcialmente Atingida
226	Ensino Superior	2130	Manutencao do Polo Universitario	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE ASSISTENCIA A EDUCANDOS	EDUCAÇÃO	ENSINO SUPERIOR	Desenvolv. Polo Universitario	%	200,00	62,00	Meta Parcialmente Atingida
226	Ensino Superior	2293	Concessao de Bolsa de Estudos	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE ASSISTENCIA A EDUCANDOS	EDUCAÇÃO	ENSINO SUPERIOR	Bolsa Estudos Pessoa Carentes	%	100,00	0,00	Prioridades em outros Programas
226	Ensino Superior	2294	Manutencao Transporte Aluno Ensino Superior	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE ASSISTENCIA A EDUCANDOS	EDUCAÇÃO	ENSINO SUPERIOR	Transp. Aluno Ensino Superior	%	100,00	100,00	Meta Atingida
226	Ensino Superior	2348	Reforma e Ampliacao do Polo Universitario	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE ASSISTENCIA A EDUCANDOS	EDUCAÇÃO	ENSINO SUPERIOR	Reforma e Ampliacao do Polo Universitario	M2	200,00	100,00	Meta Atingida
230	Ensino Medio	2027	Manutencao do Ensino Medio e Tecnico Profissionalizante	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE ENSINO MEDIO	EDUCAÇÃO	ENSINO MÉDIO	Manutencao do Ensino Medio e Tecnico Profissionalizante	%	200,00	65,00	Meta Parcialmente Atingida
230	Ensino Medio	2384	Programa Dinheiro Direto Escola - PMDDE	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SERVIÇOS DE ENSINO MEDIO	EDUCAÇÃO	ENSINO MÉDIO	Programa Dinheiro Direto Escola - PMDDE	Un	100,00	0,00	Prioridades em outros Programas
240	Construcao de Creches e Pre-Escolas	1212	Construcao de Creches e Pre-Escola	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DE CRECHE	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO INFANTIL	Construcao de Creches e Pre-Escola	UN	0,00	0,00	Prioridades em outros Programas
251	Atendimento ao Excep. Portadores Deficencia	2289	Manutencao da Educacao Especial	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DE CRECHE	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO ESPECIAL	Educacao Especial	%	200,00	98,00	Prioridades em outros Programas
251	Atendimento ao Excep. Portadores Deficencia	2364	Repasse a APAE	DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO	SETOR DE CRECHE	EDUCAÇÃO	EDUCAÇÃO ESPECIAL	Repasse a APAE	%	100,00	100,00	Meta Atingida
261	Museu da Memoria e Cidadania	1057	Museu Memoria e Cidadania	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA, DESPORTO E TURISMO	CULTURA	PATRIMÔNIO HISTÓRICO, ARTÍSTICO E ARQUEOLÓGICO	Museu	%	200,00	100,00	Meta Atingida
270	Promocao de Eventos Artisticos e Culturais	1016	Reforma/Ampliacao da Casa da Cultura	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA, DESPORTO E TURISMO	CULTURA	DIFUSÃO CULTURAL	Reforma Ampl. Casa Cultura	%	100,00	100,00	Meta Atingida
270	Promocao de Eventos Artisticos e Culturais	2034	Manut Ativbidades Promocao Artisticas e Culturais	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA, DESPORTO E TURISMO	CULTURA	DIFUSÃO CULTURAL	Promocao Artisticas e Cultrurais	%	200,00	95,00	Meta Parcialmente Atingida
270	Promocao de Eventos Artisticos e Culturais	2440	Cultura Incentivo - Lei Paulo Gustavo	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA, DESPORTO E TURISMO	CULTURA	DIFUSÃO CULTURAL	Outros	UN	0,00	0,00	Meta sem Previsão
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	1018	Construcao de Portal da Entrada da cidade	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Construcao de Portal da Entrada da cidade	%	200,00	100,00	Meta Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	1021	Obras de Guias e Sarjertas	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Constr Guias sarjetas	%	300,00	98,00	Meta Parcialmente Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	1034	Construcao/Reforma de Calcadao e Passeios Publicos	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Construcao/Reforma de Calcadao e Passeios/Muros e Outros	%	200,00	100,00	Meta Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	1058	Drenagem de Ruas	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Drenagem Rua Cel. Jose Alves Ferreira	m	0,00	100,00	Meta Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	1200	Recapeamento e Pavimentacao de Vias Urbanas	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Recap e Pavimentacao	%	300,00	100,00	Meta Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	1230	Reforma/Ampl. Predios Publicos Municipais	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Predios Publicos Municipais	%	100,00	42,00	Meta Parcialmente Atingida

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TF-7K5R-7IXX-2YQ3

Código do Programa	Denominação do Programa	Código da Ação	Denominação da Ação	Unidade Orçamentária	Unidade Executora	Função de Governo	Subfunção de Governo	Denominação da Meta	Unidade de Medida	Quantidade Estimada	Quantidade Realizada	Justificativa de Desvios em Relação ao
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	1251	Construcao de Galerias Pluviais	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Galerias Pluviais	%	100,00	68,00	Meta Parcialmente Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	1285	Construcao do Distrito Industrial	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Obras	%	0,00	35,00	Meta sem Previsão
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	1287	Aquisicao da Patrulha Mecanizada	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Patrulha Mecanizada	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	2028	Manutencao Servicos Obras e Fiscalizacao	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Servicos de Obras e Fiscalizzacao	%	300,00	100,00	Meta Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	2407	Recapeamento Asfaltico - convenio 102742/22	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Recapeamento Asfaltico	m	0,00	100,00	Meta Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	2408	Recapeamento Asfaltico - Convenio 102741/22	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Recapeamento Asfaltico	m	0,00	100,00	Meta Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	2411	Recapeamento Asfaltico - Convenio PEM-SH-PCR2022-00098-DM	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Recapeamento Asfaltico	m	0,00	100,00	Meta Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	2438	Recapeamento Pavimentacao Dep. Baleia Rossi	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Servicos	M2	0,00	100,00	Meta Atingida
280	Desenvolvimento e Expansao Urbana	2443	Recapeamento Pavimentacao Vias Urbanas- Dep Mara Gabrilli	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Recapeamento	Mt	0,00	0,00	Sem Previsão de Meta
285	Servicos de Utilidade Publica	1031	Reforma e Ampliacao do Cemiterio	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DO CEMITÉRIO	URBANISMO	SERVIÇOS URBNOS	Reforma Velorio e Cemiterio	%	100,00	25,00	Prioridades em outros Programas
285	Servicos de Utilidade Publica	1091	Reforma do Velorio Municipal	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DO CEMITÉRIO	URBANISMO	INFRA-ESTRUTURA URBANA	Reforma do Velorio Municipal	m	0,00	100,00	Meta Atingida
285	Servicos de Utilidade Publica	1110	Desapropriacao/Aquis. Area de Imovel de Interesse Publico .	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DO CEMITÉRIO	URBANISMO	SERVIÇOS URBNOS	Aquisicao de Area	M	0,00	100,00	Meta Atingida
285	Servicos de Utilidade Publica	1124	Reforma Ampliacao de Pracas Publicas	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DE LOGRADOURO PUBLICO	URBANISMO	SERVIÇOS URBNOS	Obras	%	100,00	100,00	Meta Atingida
285	Servicos de Utilidade Publica	2029	Manutencao dos Servicos Funerarios	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DO CEMITÉRIO	URBANISMO	SERVIÇOS URBNOS	Servicos Funerarios	%	200,00	100,00	Meta Atingida
285	Servicos de Utilidade Publica	2031	Manutencao de Limpeza Publica	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DE LIMPEZA PUBLICA	URBANISMO	SERVIÇOS URBNOS	Limpza Publica	%	200,00	178,00	Meta Parcialmente Atingida
285	Servicos de Utilidade Publica	2140	Manutencao do Servicos Iluminacao Publica	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DE ILUMINAÇÃO PUBLICA	URBANISMO	SERVIÇOS URBNOS	Manut. da Iluminacao Publica	%	100,00	92,00	Meta Parcialmente Atingida
285	Servicos de Utilidade Publica	2295	Manutencao e Conservacao Pracas e Jardins	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DE LOGRADOURO PUBLICO	URBANISMO	SERVIÇOS URBNOS	Conservacao Pracas e Jardins	%	0,00	100,00	Meta Atingida
285	Servicos de Utilidade Publica	2405	Iluminacao publica vicinal acesso Praia da Revolucao 1932	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DE ILUMINAÇÃO PUBLICA	URBANISMO	SERVIÇOS URBNOS	Servico	UN	0,00	100,00	Meta Atingida
285	Servicos de Utilidade Publica	2427	Construcao Praca Meilbal Terra Piedade	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DE LOGRADOURO PUBLICO	URBANISMO	SERVIÇOS URBNOS	Construcao de Praca	M2	0,00	30,00	Meta Parcialmente Atingida
288	Manutencao do Servico de Transportes Coletivo	2047	Manutencao do Serv de Transp Coletivo	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DE TRANSPORTE COLETIVO	URBANISMO	TRANSPORTES COLETIVOS URBANOS	Manutencao do Serv de Transp Coletivo	%	100,00	0,00	Prioridades em outros Programas
291	Construcao de Casas Populares	1281	Desapropriacao/Aquisicao de Area - Imovel de Interesse Publico - Casas Populares	DEPARTAMENTO DE OBRAS E CONSERVAÇÃO	DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO DE OBRAS	HABITAÇÃO	HABITAÇÃO URBANA	Aquisicao de Area	M2	0,00	100,00	Meta Atingida
316	Incentivo a Producao e Acoes Alimentares	1317	Aquisicao de Equipamento Cozinhalimento	DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA	DIVISAO DA AGRICULTURA, MEIO AMBIENTE E OBRAS	AGRICULTURA	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	Aquisicao de Equipamento Cozinhalimento	Un	0,00	100,00	Meta Atingida
346	Fomento ao Turismo Local	1110	Desapropriacao/Aquis. Area de Imovel de Interesse Publico .	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA , DESPORTO E TURISMO	INDÚSTRIA	TURISMO	Aquisicao de Area	M	0,00	0,00	Sem Previsão de Meta
346	Fomento ao Turismo Local	1265	Constucao e Criacao de Area Lazer p/ Turismo e Outros	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA , DESPORTO E TURISMO	INDÚSTRIA	TURISMO	Constr. Area Lazer/Turismo e Outros	%	100,00	72,00	Meta Parcialmente Atingida

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TF-7K5R-7IXX-2YQ3

Código do Programa	Denominação do Programa	Código da Ação	Denominação da Ação	Unidade Orçamentária	Unidade Executora	Função de Governo	Subfunção de Governo	Denominação da Meta	Unidade de Medida	Quantidade Estimada	Quantidade Realizada	Justificativa de Desvios em Relação ao
346	Fomento ao Turismo Local	1316	Obras de Conclusao da Praia da Revolucao	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA , DESPORTO E TURISMO	INDÚSTRIA	TURISMO	Obras de Conclusao da Praia da Revolucao	M	0,00	63,50	Meta Parcialmente Atingida
346	Fomento ao Turismo Local	2110	Manut.das Atividades Turisticas	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA , DESPORTO E TURISMO	INDÚSTRIA	TURISMO	Promocao Aitv. Turisticas	%	200,00	178,00	Meta Parcialmente Atingida
361	Conservacao de Estradas	1024	Construcao de.Pontes/Mata-Burros e outros	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DE ESTRADAS MUNICIPAIS	TRANSPORTE	TRANSPORTE RODOVIÁRIO	Constr.Pontes Mata-burros etc	%	300,00	200,00	Prioridades em outros Programas
361	Conservacao de Estradas	1033	Reabilitacao/Melhoria de Estradas Rurais	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DE ESTRADAS MUNICIPAIS	TRANSPORTE	TRANSPORTE RODOVIÁRIO	Reabilitacao/Melhoria de Estradas Rurais	%	100,00	65,00	Meta Parcialmente Atingida
361	Conservacao de Estradas	2032	Operacao e Manut.dos Serv.de Estr.de Rodagem Municipal	DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS E MANUTENÇÃO	SERVIÇOS DE ESTRADAS MUNICIPAIS	TRANSPORTE	TRANSPORTE RODOVIÁRIO	Conservacao Estradas Rodagem	%	300,00	182,00	Prioridades em outros Programas
372	Desenvolvimento do Esporte Amador	1195	Reforma de Quadra de Esportes	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA , DESPORTO E TURISMO	DESPORTO E LAZER	DESPORTO COMUNITÁRIO	Obras	%	100,00	100,00	Meta Atingida
372	Desenvolvimento do Esporte Amador	1294	Reforma/Ampliacao do Ginasio dos Esportes	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA , DESPORTO E TURISMO	DESPORTO E LAZER	DESPORTO COMUNITÁRIO	Reforma/Ampliacao do Ginasio dos Esportes	m	100,00	100,00	Meta Atingida
372	Desenvolvimento do Esporte Amador	1296	Construcao da Quadra de Futevolei	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA , DESPORTO E TURISMO	DESPORTO E LAZER	DESPORTO COMUNITÁRIO	Construcao da Quadra de Futevolei	m	0,00	40,00	Meta Parcialmente Atingida
372	Desenvolvimento do Esporte Amador	2021	Manut.das Atividades Esportivas	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA , DESPORTO E TURISMO	DESPORTO E LAZER	DESPORTO COMUNITÁRIO	Manut. Ativ. Esportivas	%	200,00	145,00	Meta Parcialmente Atingida
372	Desenvolvimento do Esporte Amador	2345	Manutencao do Conselho Municipal do Esporte	DEPART. DE CULTURA ESPORTE E TURISMO	SERVIÇOS DE ARTE, CULTURA , DESPORTO E TURISMO	DESPORTO E LAZER	DESPORTO COMUNITÁRIO	Manutencao do Conselho Municipal do Esporte	UN	0,00	0,00	Sem Previsão de Meta
999	Reserva de Contingencia	999	Reserva de Contingencia	RESERVA DE CONTINGÊNCIA	RESERVA DE CONTINGÊNCIA	RESERVA DE CONTINGÊNCIA	RESERVA DE CONTINGÊNCIA	Reserva	%	100,00	100,00	Meta Atingida

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TF-7K5R-7IXX-2YQ3

ANEXO 12 - BALANÇO ORÇAMENTÁRIO

Município: Igarapava
Poder: EXECUTIVO
Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Exercício: 202
Mês: 1
Valores em R

RECEITA ORÇAMENTÁRIA	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS (b)	SALDO (c = b - a)
RECEITAS CORRENTES	152.488.800,00	152.488.800,00	140.553.367,16	-11.935.432,84
Receita Tributária	18.368.300,00	18.368.300,00	18.752.124,03	383.824,03
Impostos	14.914.000,00	14.914.000,00	16.757.935,04	1.843.935,04
Taxas	3.453.300,00	3.453.300,00	1.994.188,99	-1.459.111,01
Contribuição de Melhoria	1.000,00	1.000,00	0,00	-1.000,00
Receita de Contribuições	2.200.000,00	2.200.000,00	1.049.864,43	-1.150.135,57
Contribuição para o Custeio do Serviço de Iluminação Pública	2.200.000,00	2.200.000,00	1.049.864,43	-1.150.135,57
Receita Patrimonial	3.284.000,00	3.284.000,00	2.765.142,18	-518.857,82
Exploração do Patrimônio Imobiliário do Estado	201.000,00	201.000,00	135.728,80	-65.271,20
Valores Mobiliários	3.083.000,00	3.083.000,00	2.629.413,38	-453.586,62
Receita de Serviços	52.000,00	52.000,00	17.300,00	-34.700,00
Transferências Correntes	126.984.500,00	126.984.500,00	116.874.814,18	-10.109.685,82
Transferências da União e de suas Entidades	56.959.500,00	56.959.500,00	54.842.307,91	-2.117.192,09
Transferências dos Estados e do Distrito Federal e de suas Entidades	44.825.000,00	44.825.000,00	39.778.754,53	-5.046.245,47
Transferências de Outras Instituições Públicas	25.200.000,00	25.200.000,00	22.253.751,74	-2.946.248,26
Outras Receitas Correntes	1.600.000,00	1.600.000,00	1.094.122,34	-505.877,66
Multas Administrativas, Contratuais e Judiciais	150.000,00	150.000,00	82.042,26	-67.957,74
Indenizações, Restituições e Ressarcimentos	450.000,00	450.000,00	698.359,95	248.359,95
Demais Receitas Correntes	1.000.000,00	1.000.000,00	313.720,13	-686.279,87

DESPESA ORÇAMENTÁRIA	DOTAÇÃO INICIAL (d)	DOTAÇÃO ATUALIZADA (e)	DESPESAS EMPENHADAS (f)	DESPESAS LIQUIDADAS (g)	DESPESAS PAGAS (h)	SALDO D DOTAÇÃ (i = e - f)
DESPESAS CORRENTES	132.919.800,00	148.781.828,63	145.451.525,50	144.250.213,47	140.651.219,72	3.330.303
Pessoal e Encargos Sociais	55.953.000,00	58.402.893,09	58.187.606,27	58.187.606,27	56.384.056,95	215.286
Juros e Encargos da Dívida	2.000.000,00	2.783.900,00	2.783.862,57	2.783.862,57	2.783.862,57	37
Outras Despesas Correntes	74.966.800,00	87.595.035,54	84.480.056,66	83.278.744,63	81.483.300,20	3.114.978
DESPESAS DE CAPITAL	11.206.500,00	23.799.869,23	10.152.005,21	9.852.005,21	9.430.738,57	13.647.864
Investimentos	11.206.500,00	23.799.869,23	10.152.005,21	9.852.005,21	9.430.738,57	13.647.864
RESERVA DE CONTINGÊNCIA	900.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
SUBTOTAL DAS DESPESAS (VI)	145.026.300,00	172.581.697,86	155.603.530,71	154.102.218,68	150.081.958,29	16.978.167
AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA / REFINANCIAMENTO (VII)	5.000.000,00	1.944.800,00	1.944.770,12	1.944.770,12	1.944.770,12	29
Amortização da Dívida Interna	5.000.000,00	1.944.800,00	1.944.770,12	1.944.770,12	1.944.770,12	29
Outras Dívidas	5.000.000,00	1.944.800,00	1.944.770,12	1.944.770,12	1.944.770,12	29

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

RECEITA ORÇAMENTÁRIA	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS (b)	SALDO (c = b - a)
RECEITAS DE CAPITAL	2.307.500,00	2.307.500,00	11.300.278,30	8.992.778,30
Operações de Crédito	0,00	0,00	4.290.439,17	4.290.439,17
Operações de Crédito Internas	0,00	0,00	4.290.439,17	4.290.439,17
Alienação de Bens	2.000,00	2.000,00	0,00	-2.000,00
Alienação de Bens Móveis	2.000,00	2.000,00	0,00	-2.000,00
Transferência de Capital	2.305.500,00	2.305.500,00	7.009.839,13	4.704.339,13
Transferências da União e de suas Entidades	2.087.000,00	2.087.000,00	2.916.581,41	829.581,41
Transferências dos Estados e do Distrito Federal e de suas Entidades	218.500,00	218.500,00	4.093.257,72	3.874.757,72
Subtotal das Receitas (I)	154.796.300,00	154.796.300,00	151.853.645,46	-2.942.654,54
SUBTOTAL COM REFINANCIAMENTO (III) = (I + II)	154.796.300,00	154.796.300,00	151.853.645,46	-2.942.654,54
DÉFICIT (IV)	0,00	19.730.197,86	5.694.655,37	
TOTAL (V) = (III + IV)	154.796.300,00	174.526.497,86	157.548.300,83	
SALDOS DE EXERCÍCIOS ANTERIORES (UTILIZADOS PARA CRÉDITOS ADICIONAIS)	7.699.156,94			
Superávit Financeiro	7.699.156,94			
Reabertura de créditos	0,00			

SUBTOTAL COM REFINANCIAMENTO (VIII) = (VI + VII)	150.026.300,00	174.526.497,86	157.548.300,83	156.046.988,80	152.026.728,41	16.978.197
SUPERÁVIT (IX)	4.770.000,00	0,00	0,00			
TOTAL (X) = (VIII + IX)	154.796.300,00	174.526.497,86	157.548.300,83	156.046.988,80	152.026.728,41	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

ANEXO 13 - BALANÇO FINANCEIRO

Município: Igarapava **Exercício:** 2023

Poder: EXECUTIVO **Mês:** 14

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA **Em R$**

RECEITA		
TÍTULOS	**VALOR**	
RECEITA ORÇAMENTÁRIA		
Ordinária		120.120.582,15
Vinculada		
Alienação de Bens	152,69	
Contribuição de Intervenção no Dominíio Econômico - CIDE	9.374,89	
Educação	26.686.358,43	
Saúde	10.504.028,51	
Trânsito	86.346,57	
Assistência Social	1.027.709,02	
Regime Próprio de Previdência		
Royalties da Exploração do Petróleo e Gás Natural		
Convênio com Recursos Ordinários	9.870.394,76	
Transferências Especiais da União	1.112.982,76	49.297.347,63
(-) Deduções da Receita Orçamentária		-17.564.284,32
TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS RECEBIDAS		
RECEBIMENTOS EXTRA-ORÇAMENTÁRIOS		
RESTOS A PAGAR		
Inscritos no período	5.521.572,42	
SERVIÇO DA DÍVIDA A PAGAR		
Inscritos no período		
DEPÓSITOS		
Recebidos no período	12.315.675,81	
OUTRAS MOVIMENTAÇÕES EXTRA-ORÇAMENTÁRIAS		
Conforme Anexo 13-A	51.427.691,46	69.264.939,69
SALDO EM ESPÉCIE DO EXERCÍCIO ANTERIOR		
DISPONÍVEL		
DISPONÍVEL EM MOEDA NACIONAL		
Caixa	48.628,49	
Bancos c/Movimento	31.357.152,91	
Aplicações Financeiras de Liquidez Imediata		
Investimentos e Aplicações Temporárias a Curto Prazo		31.405.781,40
TOTAL		**252.524.366,55**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

Município: Igarapava **Exercício:** 2023

Poder: EXECUTIVO **Mês:** 14

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA **Em R$**

DESPESA		
TÍTULOS	**VALOR**	
DESPESA ORÇAMENTÁRIA		
Ordinária		54.981.812,38
Vinculada		
Alienação de Bens		
Contribuição de Intervenção no Dominío Econômico - CIDE	26.965,69	
Educação	52.807.797,86	
Saúde	40.585.228,72	
Trânsito	58.933,85	
Assistência Social	5.556.860,11	
Regime Próprio de Previdência		
Royalties da Exploração do Petróleo e Gás Natural		
Convênio com Recursos Ordinários	2.978.622,29	
Desvinculação de Receitas Municipais - DRM		
Transferências Especiais da União	552.079,93	102.566.488,45
TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS CONCEDIDAS		9.485.177,95
PAGAMENTOS EXTRA-ORÇAMENTÁRIOS		
RESTOS A PAGAR		
Liquidados no período	10.060.308,38	
SERVIÇO DA DÍVIDA A PAGAR		
Liquidados no período		
DEPÓSITOS		
Restituições no período	10.740.579,82	
OUTRAS MOVIMENTAÇÕES EXTRA-ORÇAMENTÁRIAS		
Conforme Anexo 13-A	45.176.207,29	65.977.095,49
SALDO EM ESPÉCIE P/ O EXERCÍCIO SEGUINTE		
DISPONÍVEL		
DISPONÍVEL EM MOEDA NACIONAL		
Caixa	570.917,60	
Bancos c/Movimento	18.942.874,68	
Aplicações Financeiras de Liquidez Imediata		
Investimentos e Aplicações Temporárias a Curto Prazo		19.513.792,28
TOTAL		**252.524.366,55**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

ANEXO 14 - BALANÇO PATRIMONIAL

Município: Igarapava
Poder: EXECUTIVO
Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Exercício: 2023
Mês: 14
em R$

ATIVO		
TÍTULOS	Exercício Atual	Exercício Anterior
ATIVO CIRCULANTE	27.767.037,78	35.819.189,57
Caixa e Equivalentes de Caixa	19.513.792,28	31.357.152,91
Créditos a Curto Prazo	8.253.245,50	4.462.036,66
ATIVO NÃO CIRCULANTE	94.365.247,19	72.974.311,47
Realizável a Longo Prazo	6.822.535,37	2.872.242,54
Imobilizado	87.542.711,82	70.102.068,93
TOTAL DO ATIVO	**122.132.284,97**	**108.793.501,04**
ATIVO FINANCEIRO	26.490.559,70	34.820.011,61
ATIVO PERMANENTE	95.641.725,27	74.022.117,92

QUADRO DAS CONTAS DE COMPENSAÇÃO	Exercício Atual	Exercício Anterior
Atos Potenciais Ativos		
Garantias e Contragarantias Recebidas		
Direitos Conveniados e Outros Instrumentos Congêneres	66.722.111,99	59.531.785,60
Direitos Contratuais	10.989.004,98	4.342.675,21
Demandas Judiciais		
Outros Atos Potenciais do Ativo		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

PASSIVO		
TÍTULOS	Exercício Atual	Exercício Anterior
PASSIVO CIRCULANTE	22.196.398,09	17.720.255,82
Obrigações Trabalhistas, Previdênciárias e Assistenciais a Pagar a Curto Prazo	9.196.772,71	9.030.799,96
Empréstimos e Financiamentos a Curto Prazo	300.202,70	320.981,22
Fornecedores e Contas a Pagar a Curto Prazo	9.864.526,38	7.107.744,33
Obrigações Fiscais a Curto Prazo / Transferências	2.881,33	2.881,33
Demais Obrigações a Curto Prazo	2.832.014,97	1.257.848,98
PASSIVO NÃO-CIRCULANTE	41.857.576,45	37.874.330,83
Empréstimos e Financiamentos a Longo Prazo	5.578.409,07	1.595.163,45
Fornecedores a Longo Prazo	19.858.441,97	19.858.441,97
Demais Obrigações a Longo Prazo	16.420.725,41	16.420.725,41
TOTAL DO PASSIVO	**64.053.974,54**	**55.594.586,65**
PATRIMÔNIO LÍQUIDO		
ESPECIFICAÇÃO	Exercício atual	Exercício anterior
Resultados Acumulados	58.078.310,43	53.247.542,88
Resultado do Exercício	4.830.767,55	16.862.146,17
Resultado de Exercícios Anteriores	53.247.542,88	36.385.396,71
TOTAL DO PATRIMÔNIO LÍQUIDO	58.078.310,43	53.247.542,88
TOTAL DO PASSIVO E PATRIMÔNIO LÍQUIDO	**122.132.284,97**	**108.842.129,53**
PASSIVO FINANCEIRO	21.711.496,59	21.117.780,42
PASSIVO PERMANENTE	49.551.002,54	47.219.561,59

SALDO PATRIMONIAL	**50.869.785,84**	**40.504.787,52**

QUADRO DAS CONTAS DE COMPENSAÇÃO Atos Potenciais Passivos	Exercício Atual	Exercício Anterior
Garantias e Contragarantias Concedidas		
Direitos Conveniados e Outros Instrumentos Congêneres	38.588.481,75	20.637.242,72
Obrigações Contratuais	552.806.748,22	483.144.763,66
Demandas Judiciais		
Outros Atos Potenciais do Passivo		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

ANEXO 15 - DEMONSTRAÇÃO DAS VARIAÇÕES PATRIMONIAIS

Município: Igarapava
Poder: EXECUTIVO
Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Exercício: 2023
Mês: 13
EM R$

VARIAÇÕES PATRIMONIAIS AUMENTATIVAS		
Títulos	Exercício Atual	Exercício Anterior
Impostos, Taxas e Contribuições de Melhoria	23.343.690,85	18.410.384,54
Impostos	21.976.609,89	17.002.388,61
Taxas	1.367.080,96	1.407.995,93
Contribuições	1.049.864,43	1.107.575,59
Contribuição de Iluminação Pública	1.049.864,43	1.107.575,59
Exploração e Venda de Bens, Serviços e Direitos	153.028,80	101.055,96
Exploração de Bens e Direitos e Prestação de Serviços	153.028,80	101.055,96
Variações Patrimoniais Aumentativas Financeiras	3.483.838,86	4.119.268,17
Juros e Encargos de Mora	471.434,07	621.265,58
Remuneração de Depósitos Bancários e Aplicações Financeiras	2.629.413,38	3.498.002,59
Outras Variações Patrimoniais Aumentativas - Finaceiras	382.991,41	
Transferências e Delegações Recebidas	143.085.515,98	136.178.569,90
Transferências Intra Govermamentais	1.636.578,35	2.090.911,99
Transferências Inter Govermamentais	141.448.937,63	134.070.084,06
Outras Transferências e Delegações Recebidas		17.573,85
Valorização e Ganhos com Ativos	18.070.438,33	
Ganhos com Incorporação de Ativos por Descobertas e Nascimentos	18.070.438,33	
Outras Variações Patrimoniais Aumentativas	1.012.646,72	1.715.496,36
Diversas Variações Patrimoniais Aumentativas	1.012.646,72	1.715.496,36
Total das Variações Patrimonais Aumentativas	190.199.023,97	161.632.350,52

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

VARIAÇÕES PATRIMONIAIS DIMINUTIVAS		
Títulos	Exercício Atual	Exercício Anterior
Pessoal e Encargos	58.089.143,94	47.553.396,55
Remuneração de Pessoal	49.568.356,06	40.405.832,01
Encargos Patronais	8.492.360,68	7.146.364,54
Benefícios a Pessoal	28.427,20	
Outras Variações Patrimonais Diminutivas - Pessoal e Encargos		1.200,00
Benefícios Previdenciários e Assistenciais	126.889,53	135.493,06
Aposentadorias e Reformas	86.501,66	108.027,49
Outros Benefícios Previdênciários e Assistenciais	40.387,87	27.465,57
Uso de Bens, Serviços e Consumo de Capital Fixo	62.329.400,97	45.006.803,68
Uso de Material de Consumo	15.507.030,77	13.012.757,34
Serviços	45.201.697,93	31.473.214,60
Depreciação, Amortização e Exaustação	1.620.672,27	520.831,74
Variações Patrimoniais Diminutivas Financeiras	3.262.769,42	2.037.606,58
Juros e Encargos de Empréstimos e Financiamentos Obtidos	2.769.634,47	1.999.792,51
Outras Variações Patrimoniais Diminutivas - Financeiras	493.134,95	37.814,07
Transferências e Delegações Concedidas	42.121.871,36	40.395.323,50
Transferências Intra Governamentais	9.485.177,95	10.930.612,34
Transferências Inter Governamentais	17.564.284,32	16.669.427,13
Transferências a Instituições Privadas	15.072.409,09	12.795.284,03
Desvalorização e Perdas de Ativos	16.285.726,36	2.983.538,71
Redução a Valor Recuperável e Provisão para Perdas	344.342,61	1.561.750,81
Perdas Involuntárias	35.698,35	
Desincorporação de Ativos	15.905.685,40	1.421.787,90
Tributárias	1.571.925,76	1.429.848,19
Contribuições	1.571.925,76	1.429.848,19
Outras Variações Patrimonais Diminutivas	1.580.529,08	5.228.194,08
Incentivos	932,80	12.425,24
Diversas Variações Patrimoniais Diminutivas	1.579.596,28	5.215.768,84
Total das Variações Patrimonais Diminutivas	185.368.256,42	144.770.204,35

Resultado Patrimonial do Período	4.830.767,55	16.862.146,17

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

ANEXO 18 - DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA

Município: Igarapava
Poder: EXECUTIVO
Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Exercício: 2023
Mês: 13
Valores em R$

Títulos	Exercício Atual	Exercício Anterior
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES OPERACIONAIS		
INGRESSOS	**204.296.734,43**	**182.003.453,15**
Receitas Derivadas e Originárias	23.678.552,98	22.395.374,22
Transferências Correntes Recebidas	116.874.814,18	114.060.884,66
Outros Ingressos Operacionais	63.743.367,27	45.547.194,27
DESEMBOLSOS	**207.471.484,38**	**164.508.230,88**
Pessoal e Demais Despesas	124.213.247,66	101.611.045,60
Juros e Encargos da Dívida	2.783.862,57	1.840.332,17
Transferências Concedidas	15.072.409,09	12.795.284,03
Outros Desembolsos Operacionais	65.401.965,06	48.261.569,08
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES OPERACIONAIS - LÍQUIDO (I)	**-3.174.749,95**	**17.495.222,27**
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES DE INVESTIMENTO		
DESEMBOLSOS	**18.066.196,93**	**12.720.571,77**
Aquisição de Ativo Não Circulante	18.066.196,93	12.720.571,77
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES DE INVESTIMENTO - LÍQUIDO (II)	**-18.066.196,93**	**-12.720.571,77**
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES DE FINANCIAMENTO		
INGRESSOS	**11.300.278,30**	**4.688.189,25**
Operações de Crédito	4.290.439,17	1.348.416,98
Transferências de Capital Recebidas	7.009.839,13	3.339.772,27
DESEMBOLSOS	**1.951.320,54**	**4.665.207,72**
Amortização / Refinanciamento da Dívida	1.951.320,54	4.665.207,72
FLUXOS DE CAIXA DAS ATIVIDADES DE FINANCIAMENTO - LÍQUIDO (III)	**9.348.957,76**	**22.981,53**
GERAÇÃO LÍQUIDA DE CAIXA E EQUIVALENTE DE CAIXA (I + II + III)	**-11.891.989,12**	**4.797.632,03**
Caixa e Equivalentes de Caixa Inicial	31.405.781,40	26.608.149,37
Caixa e Equivalentes de Caixa Final	19.513.792,28	31.405.781,40

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

Demonstrativo de Apuração da Receita Corrente Líquida - R.C.L.

Período: 6º Bim / 3º Quadr. / 2023 Município: Igarapava

Evolução da Receita Realizada nos Últimos Doze Meses

RECEITAS CORRENTES

Especificação	01/2023	02/2023	03/2023	04/2023	05/2023	06/2023	07/2023	08/2023	09/2023	10/2023	11/2023	12/2023	Total
IMPOSTOS, TAXAS E CONTRIBUIÇÕES DE MELHORIA	1.060.361,96	990.008,78	1.561.139,52	1.023.505,26	1.711.974,19	1.421.677,46	1.351.367,64	3.176.951,54	1.427.647,72	1.479.843,37	1.481.918,25	2.065.728,34	18.752.12
CONTRIBUIÇÕES	14.959,51	606.240,08	325.540,07	593.162,10	546.380,58	370.924,23	622.985,15	374.556,73	372.419,83	473.373,49	581.278,13	28.860,82	4.910.68
RECEITA PATRIMONIAL	1.591.581,28	2.080.750,19	1.732.312,80	1.710.368,76	1.436.560,29	2.812.995,85	2.079.136,34	1.352.608,18	105.797,87	157.855,85	3.497.701,82	593.249,50	19.150.91
RECEITA DE SERVIÇOS	0,00	3.050,00	1.450,00	1.600,00	0,00	2.550,00	0,00	0,00	5.050,00	0,00	0,00	3.600,00	17.3(
TRANSFERÊNCIAS CORRENTES	12.524.944,87	11.179.456,06	9.949.678,33	8.706.784,73	12.846.884,85	10.017.694,70	10.576.674,41	9.896.403,93	10.026.220,26	14.437.462,52	11.264.269,14	13.012.624,70	134.439.0(
OUTRAS RECEITAS CORRENTES	170.172,69	18.271,64	24.074,20	9.734,78	35.830,19	23.391,05	34.097,74	187.893,84	302.583,98	90.583,53	151.299,51	46.433,51	1.094.3(
TOTAL RECEITAS CORRENTES	**15.362.020,31**	**14.877.776,75**	**13.594.194,92**	**12.045.155,63**	**16.577.630,10**	**14.649.233,29**	**14.664.261,28**	**14.988.414,22**	**12.239.719,66**	**16.639.118,76**	**16.976.466,85**	**15.750.496,87**	**178.364.4**

DEDUÇÕES

Especificação	01/2023	02/2023	03/2023	04/2023	05/2023	06/2023	07/2023	08/2023	09/2023	10/2023	11/2023	12/2023	Total
CONTRIBUIÇÃO DO SERVIDOR À R.P.P.S.	14.959,51	302.358,91	325.540,07	500.241,60	437.619,35	370.924,23	374.205,91	374.556,73	372.419,83	375.296,21	383.833,12	28.860,82	3.860.81
REC. DA COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA	0,00	207,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2(
GANHOS COM APL. FINANCEIRA DO RPPS	1.590.312,81	1.822.847,31	1.425.527,02	1.434.033,53	1.412.709,56	2.703.460,37	1.718.532,50	919.844,86	0,00	8.982,92	3.343.793,51	5.732,16	16.385.77
DEDUÇÕES DE RECEITA PARA FORMAÇÃO DO FUNDEB	1.743.305,41	1.614.325,30	1.267.470,85	1.185.230,75	1.713.574,14	1.274.458,41	1.225.697,34	1.306.632,02	1.257.634,20	2.091.931,24	1.351.265,39	1.532.759,27	17.564.28
TOTAL DEDUÇÕES	**3.348.577,73**	**3.739.739,41**	**3.018.537,94**	**3.119.505,88**	**3.563.903,05**	**4.348.843,01**	**3.318.435,75**	**2.601.033,61**	**1.630.054,03**	**2.476.210,37**	**5.078.892,02**	**1.567.352,25**	**37.811.08**
RECEITA CORRENTE LÍQUIDA													**140.553.4(**
(-) Transferências obrigatórias da União relativas às emendas individuais (art. 166-A, § 1º, da CF)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.179,27	12.656,49	5.749,32	2.294,98	0,00	0,00	40.102,70	62.982,7
RECEITA CORRENTE LÍQUIDA AJUSTADA PARA PARA CÁLCULO DOS LIMITES DE ENDIVIDAMENTO													**140.490.420,8**
(-) Transferências obrigatórias da União relativas às emendas da bancada (art. 166-A, § 16, da CF)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0(

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

Evolução da Receita Realizada nos Últimos Doze Meses

RECEITA CORRENTE LÍQUIDA AJUSTADA PARA CÁLCULO DOS LIMITES DA DESPESA COM PESSOAL	**140.490.420,8**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

ANEXO A - Tabela de Competência

Período de análise: Janeiro/2023 a Dezembro/2023 **Município:** Igarapava

Última competência disponível para o período em análise:

Entidade	Competência*
CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	13/2023
INSTITUTO DE PREVIDENCIA DE IGARAPAVA	13/2023
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	13/2023

* Competência: Se refere ao último balancete enviado pelo orgão, referente ao período de análise deste demonstrativo, utilizado para gerar os resultados das análises.

Data de geração: 04/05/2024 18:49

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

Demonstrativo de Apuração da Dívida Consolidada Líquida - D.C.L. (Exceto Órgão de Previdência)

Período: 3º Quadrimestre / 2023 Município: Igarapava

Especificação	Saldo Exercício Anterior	Saldo do Exercício: 2023		
		1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre
DÍVIDA CONSOLIDADA - DC				
Dívida Contratual	1.916.144,67	6.367.583,26	5.898.700,47	5.878.611,7
Demais Dívidas Contratuais	1.916.144,67	6.367.583,26	5.898.700,47	5.878.611,7
Precatórios posteriores a 05/05/2000 (inclusive) - Vencidos e não Pagos	19.858.441,97	19.858.441,97	19.858.441,97	19.858.441,9
TOTAL DÍVIDA CONSOLIDADA - DC (I)	**21.774.586,64**	**26.226.025,23**	**25.757.142,44**	**25.737.053,7**
DEDUÇÕES				
Ativo Disponível	31.405.781,40	33.356.975,40	22.055.432,93	19.522.692,2
Haveres Financeiros	3.414.230,21	4.429.257,42	5.401.953,77	6.976.767,4
(-) Restos a Pagar Processados	4.199.952,79	1.257.002,23	1.170.006,14	5.190.266,5
(-) Depósitos Restituíves e Valores Vinculados	1.249.468,98	1.321.049,19	1.693.451,86	2.824.564,9
TOTAL DEDUÇÕES (II)	**29.370.589,84**	**35.208.181,40**	**24.593.928,70**	**18.484.628,2**
OUTROS VALORES NÃO INTEGRANTES DA DC				
Precatórios anteriores/posteriores a 05/05/2000	2.925.603,29	3.941.665,81	5.212.404,65	6.489.008,5
Insuficiência Financeira	0,00	0,00	0,00	0,0
Depósitos	140.757,59	140.757,59	140.757,59	152.438,4
Restos a Pagar não Processados de Exercícios Anteriores	12.742.755,36	10.934.743,23	8.249.760,72	7.217.424,5
TOTAL OUTROS VALORES NÃO INTEGRANTES DA DC	**15.809.116,24**	**15.017.166,63**	**13.602.922,96**	**13.858.871,4**
DÍVIDA CONSOLIDADA LÍQUIDA - DCL (III) = (I - II)	**-7.596.003,20**	**-8.982.156,17**	**1.163.213,74**	**7.252.425,5**
RECEITA CORRENTE LÍQUIDA - RCL (IV)	**136.456.258,88**	**139.372.938,63**	**136.298.593,45**	**140.490.420,8**
Percentual da DC sobre a RCL (I / IV)	**15,9572 %**	**18,8172 %**	**18,8976 %**	**18,3194 %**
Percentual da DCL sobre a RCL (III / IV)	**-5,5666 %**	**-6,4447 %**	**0,8534 %**	**5,1622 %**
PERC. LIMITE DEFINIDO POR RES. DO SENADO	**120,0000 %**	**120,0000 %**	**120,0000 %**	**120,0000 %**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

ANEXO A - Tabela de Competência

Período de análise: Janeiro/2023 a Dezembro/2023 **Município:** Igarapava

Última competência disponível para o período em análise:

Entidade	Competência*
CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	13/2023
INSTITUTO DE PREVIDENCIA DE IGARAPAVA	13/2023
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	13/2023

* Competência: Se refere ao último balancete enviado pelo orgão, referente ao período de análise deste demonstrativo, utilizado para gerar os resultados das análises.

Data de geração: 04/05/2024 18:49

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

Aplicação dos Recursos Próprios em Ensino

Período: 4º Trimestre / 2023 Município: Igarapava

RECEITA DE IMPOSTOS

	Previsão Atualizada para o Exercício	Arrecadação até o Período
Próprios	14.914.000,00	16.757.935,04
Transferências da União	47.500.000,00	45.502.759,83
Transferências do Estado	51.800.000,00	46.677.703,39
Total	114.214.000,00	108.938.398,26
Retenções ao FUNDEB	14.060.000,00	17.535.062,82
Receitas Líquidas	100.154.000,00	91.403.335,44

APLICAÇÃO MÍNIMA CONSTITUCIONAL

	Para o Exercício (Prev. Atualizada)	Até o Período (Arrecadação)
TOTAL (25%)	28.553.500,00	27.234.599,56

2.211088174E7

DESPESAS PRÓPRIAS EM EDUCAÇÃO

	Dotação Atualizada (para o Exercício)		Despesa Empenhada (até o Período)		Despesa Liquidada (até o Período)		Despesa Paga (até o Período)	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
DESPESAS TOTAIS								
TOTAL	34.334.731,31	30,06 %	35.374.372,26	32,47 %	35.335.544,22	32,44 %	34.121.504,14	31,32 %
EDUCAÇÃO INFANTIL	2.056.060,00	1,80 %	2.018.736,32	1,85 %	2.017.036,32	1,85 %	1.858.198,63	1,71 %
ENSINO FUNDAMENTAL	18.218.671,31	15,95 %	15.820.573,12	14,52 %	15.783.445,08	14,49 %	14.728.242,69	13,52 %
RETENÇÕES AO FUNDEB	14.060.000,00	12,31 %	17.535.062,82	16,10 %	17.535.062,82	16,10 %	17.535.062,82	16,10 %
DEDUÇÕES								
TOTAL			15.646,72	0,01 %	15.646,72	0,01 %	15.646,72	0,01 %
ENSINO FUNDAMENTAL			15.646,72	0,01 %	15.646,72	0,01 %	15.646,72	0,01 %
(-) Ganhos de Aplicações Financeiras			15.646,72	0,01 %	15.646,72	0,01 %	15.646,72	0,01 %
FUNDEB RETIDO E NÃO APLICADO			0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
DESPESAS LÍQUIDAS								
TOTAL			35.358.725,54	32,46 %	35.319.897,50	32,42 %	34.105.857,42	31,31 %
EDUCAÇÃO INFANTIL			2.018.736,32	1,85 %	2.017.036,32	1,85 %	1.858.198,63	1,71 %
ENSINO FUNDAMENTAL			15.804.926,40	14,51 %	15.767.798,36	14,47 %	14.712.595,97	13,51 %
RETENÇÕES AO FUNDEB			17.535.062,82	16,10 %	17.535.062,82	16,10 %	17.535.062,82	16,10 %

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

ANEXO A - Tabela de Competência

Período de análise: Janeiro/2023 a Dezembro/2023 **Município:** Igarapava

Última competência disponível para o período em análise:

Entidade	Competência*
CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	13/2023
INSTITUTO DE PREVIDENCIA DE IGARAPAVA	13/2023
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	13/2023

* Competência: Se refere ao último balancete enviado pelo orgão, referente ao período de análise deste demonstrativo, utilizado para gerar os resultados das análises.

Data de geração: 04/05/2024 20:44

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

Aplicação com Recursos do FUNDEB

Período: 12 / 2023 Município: Igarapava

RECEITAS DO FUNDEB

	Previsão Atualizada para o Exercício	Arrecadação até o Período
Impostos e Transferências de Impostos - Principal (I)	25.200.000,00	22.110.881,74
Impostos e Transferências de Impostos - Rend. de Aplic. Financeira (II)	270.000,00	83.984,19
Complementação da União - VAAF - Principal (III)	0,00	0,00
Complementação da União - VAAF - Rend. de Aplic. Financeira (IV)	0,00	0,00
Complementação da União - VAAT - Principal (V)	0,00	0,00
Complementação da União - VAAT - Rend. de Aplic. Financeira (VI)	0,00	0,00
Complementação da União - VAAR - Principal (VII)	0,00	393.799,72
Complementação da União - VAAR - Rend. de Aplic. Financeira (VIII)	0,00	10.849,66
TOTAL (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII)	25.470.000,00	22.599.515,31

RETENÇÕES AO FUNDEB

Prev. Atualizada Para o Exercício	Retido Até o Período
14.060.000,00	17.535.062,82

APURAÇÃO DO RESULTADO DO FUNDEB ATÉ O PERÍODO

Transferências Recebidas	Retenções
22.110.881,74	17.535.062,82

Diferença (Recebido - Retido): (GANHO) 4.575.818,92

APLICAÇÃO MÍNIMA - PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA

Receitas FUNDEB, exceto Complementação da União VAAR (I+II+III+IV+V+VI)	25.470.000,00	22.194.865,93
PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA* (70% DO TOTAL, exceto Complementação da União VAAR)	17.829.000,00	15.536.406,15

DESPESAS COM RECURSOS DO FUNDEB

DESPESAS TOTAIS

	Dotação Atualizada (para o Exercício)		Despesa Empenhada (até o Período)		Despesa Liquidada (até o Período)		Despesa Paga (até o Período)	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
TOTAL (mín. 90%)**	30.535.446,23	119,89 %	22.599.515,31	100,00 %	22.599.515,31	100,00 %	22.581.974,71	99,92 %
PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA* - exceto Complementação da União VAAR (mín. 70%)	20.753.552,94	81,48 %	20.725.687,27	93,38 %	20.725.687,27	93,38 %	20.725.687,27	93,38 %
PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA* - Complementação da União VAAR	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
OUTRAS	9.781.893,29		1.873.828,04		1.873.828,04		1.856.287,44	

DESPESAS LÍQUIDAS

TOTAL (mín. 90%)**	22.599.515,31	100,00 %	22.599.515,31	100,00 %	22.581.974,71	99,92 %		
PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA* exceto Complementação da União VAAR (mín. 70%)	20.725.687,27	93,38 %	20.725.687,27	93,38 %	20.725.687,27	93,38 %		
PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO BÁSICA* - Complementação da União VAAR	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %		
OUTRAS	1.873.828,04		1.873.828,04		1.856.287,44			

Recursos recebidos a título de Complementação da União VAAT - Aplicação em Despesas de Capital - art. 27 Lei 14.113/2020

Total da Complementação da União VAAT arrecadado	0,00
Percentual mínimo de aplicação - Despesa de Capital	15%

	Despesa Empenhada (até o Período)		Despesa Liquidada (até o Período)		Despesa Paga (até o Período)	
Complementação da União VAAT - Despesas de Capital	0,00	-	0,00	-	0,00	-

Recursos recebidos a título de Complementação da União VAAT - Aplicação em Educação Infantil - art. 28, caput e art.28, parágrafo único, da Lei 14.113/2020

	Despesa Empenhada (até o Período)		Despesa Liquidada (até o Período)		Despesa Paga (até o Período)	
Complementação da União VAAT	0,00	-	0,00	-	0,00	-

*** No percentual de aplicação dos profissionais da educação básica não são considerados na base de cálculo os valores relativos à Complementação da União VAAR, conforme Art. 26 da Lei 14.133/2020.**
****No percentual de aplicação dos recursos do FUNDEB são considerados na base de cálculo os valores relativos à Complementação da União, conforme § 3º do Art. 25 da Lei 14.133/2020.**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link "Validar documento digital" e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

ANEXO A - Tabela de Competência

Período de análise: Janeiro/2023 a Dezembro/2023 **Município:** Igarapava

Última competência disponível para o período em análise:

Entidade	Competência*
CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	13/2023
INSTITUTO DE PREVIDENCIA DE IGARAPAVA	13/2023
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	13/2023

* Competência: Se refere ao último balancete enviado pelo orgão, referente ao período de análise deste demonstrativo, utilizado para gerar os resultados das análises.

Data de geração: 04/05/2024 20:44

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

Aplicação dos Recursos Próprios em Saúde

Período: 4º Trimestre / 2023 Município: Igarapava

RECEITA DE IMPOSTOS

	Previsão Atualizada para o Exercício	Arrecadação até o Período
Proprios	14.914.000,00	16.757.935,04
Transferências da União	42.500.000,00	43.002.864,32
Transferencias do Estado	51.800.000,00	46.677.703,39
Total	109.214.000,00	106.438.502,75

APLICAÇÃO MÍNIMA CONSTITUCIONAL

	Para o Exercício (Prev. Atualizada)	Até o Período (Arrecadação)
TOTAL (15%)	16.382.100,00	15.965.775,41

APURAÇÃO DA APLICAÇÃO

	Dotação Atualizada (para o Exercício)		Despesa Empenhada (até o Período)		Despesa Liquidada (até o Período)		Despesa Paga (até o Período)	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
DESP. TOTAL C/ REC. PRÓPRIOS	29.081.970,11	26,63 %	28.043.889,48	26,35 %	27.899.179,78	26,21 %	27.093.697,59	25,45 %
DEDUÇÕES			0,00	0,00 %	0,00	0,00 %	0,00	0,00 %
DESPESA LÍQUIDA DA SAÚDE			28.043.889,48	26,35 %	27.899.179,78	26,21 %	27.093.697,59	25,45 %

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

ANEXO A - Tabela de Competência

Período de análise: Janeiro/2023 a Dezembro/2023 **Município:** Igarapava

Última competência disponível para o período em análise:

Entidade	Competência*
CÂMARA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	13/2023
INSTITUTO DE PREVIDENCIA DE IGARAPAVA	13/2023
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	13/2023

* Competência: Se refere ao último balancete enviado pelo orgão, referente ao período de análise deste demonstrativo, utilizado para gerar os resultados das análises.

Data de geração: 04/05/2024 18:50

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TL-CL5D-7ZN8-5HP5

Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

INSTRUÇÃO DO PERÍODO

Processo TC	4402/989/23
Poder	EXECUTIVO
Município	Igarapava
Entidade	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Período	12/2023
Relator	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Unidade Fiscalizadora	UR-17 UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA
Responsável	JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Cargo	PREFEITO
CPF	162.070.128-60
Período de Gestão	01/01/2023 a 31/12/2023

Em atendimento ao disposto nas Instruções e Ordem de Serviço vigentes, temos a informar o seguinte:

ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO FISCAL

1 - Assunto de Fiscalização: CUMPRIMENTO DAS INSTRUÇÕES DO TCE

1.1 - CI01 - Cumprimento das entregas da documentação exigida pelo TCE

Todos os documentos exigidos foram entregues, sendo que os documentos abaixo indicados foram entregues intempestivamente:

Tipo de Documento	Mês	Ano
BALANCETE ISOLADO CONTA CONTABIL	12	2023
BALANCETE ISOLADO CONTA CORRENTE	12	2023
ATA AUDIENCIA AVALIAÇÃO CUMPRIMENTO METAS	12	2023
PARECER CONSELHO FUNDEB	12	2023
PARECER CONSELHO SAUDE	12	2023
ATA AUDIENCIA ACOES SAUDE	12	2023
Publ. RREO Balanço Orçamentário	12	2023
Publ. RREO Dem. Função / Subfunção	12	2023
Publ. RREO Dem. Apuração RCL	12	2023

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

Publ. RREO Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	12	2023
Publ. RREO Resultado Nominal	12	2023
Publ. RREO Resultado Primário	12	2023
Publ. RREO Restos a Pagar	12	2023
Publ. RGF Executivo	12	2023
Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção e Desenvolvimento do Ensino (Anexo 8 RREO)	12	2023
Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde	12	2023
PLAN LDO ATUALIZADA	12	2023
PLAN LOA ATUALIZADA	12	2023
PLAN PPA ATUALIZADO	12	2023
Conciliações Bancárias Mensais	12	2023
Atualização do Cadastro Geral de Entidades Mensal	12	2023
BALANCETE ISOLADO ENCERRAMENTO 13 CONTA CONTABIL	13	2023
BALANCETE ISOLADO ENCERRAMENTO 13 CONTA CORRENTE	13	2023
BALANCETE ISOLADO ENCERRAMENTO 14 CONTA CONTABIL	14	2023
BALANCETE ISOLADO ENCERRAMENTO 14 CONTA CORRENTE	14	2023

2 - Assunto de Fiscalização: LRF

2.1 - GF15 - Análise da Receita (Execução Orçamentária)

Previsão acumulada :	R$ 189.074.976,13	
Realização acumulada	R$ 186.132.321,59	
Variação	R$ -2.942.654,54	-1,5563%

Da análise do comportamento das receitas, constatamos uma situação desfavorável, uma vez que ficou aquém da meta de arrecadação, demonstrando, portanto, descumprimento das Metas Fiscais.

2.2 - GF16 - Análise da Despesa (Execução Orçamentária)

Receitas Realizadas :	R$ 186.132.321,59	
Despesas Liquidadas até o Período	R$ 178.403.140,43	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

Resultado da Execução Orçamentária	R$ 7.729.181,16	4,1525%

Da análise do comportamento das receitas arrecadadas e despesas liquidadas, observamos uma situação favorável, em virtude da ocorrência de superávit demonstrado.

2.3 - GF20 - Análise do Resultado Primário - LOA Atualizada X Meta da LDO

Resultado Primário Previsto na LOA	R$ -30.590.827,02	
Resultado Primário do Anexo de Metas da LDO	R$ 12.631.415,80	
Diferença	R$ -43.222.242,82	141,2915%

Diante das alterações orçamentárias, verifica-se que o Resultado Primário Previsto na LOA atualizada foi inferior ao consignado no Anexo de Metas da LDO, demonstrando, portanto, incompatibilidade com a meta estabelecida.
Pelo exposto, caberá à Auditoria observar a ocorrência de eventuais alertas efetuados, sem as devidas medidas de ajustes, consignando a ocorrência em item próprio do relatório das contas anuais.

2.4 - GF22 - RPPS - Previsão X Realização das Receitas Previdenciárias

Receita Previdenciária Realizada	R$ 39.795.837,05	
Receita Previdenciária Prevista	R$ 34.278.676,13	
Diferença	R$ 5.517.160,92	13,8637%

Verifica-se que a receita previdenciária arrecadada acumulada superou a previsão orçamentária, demonstrando uma situação favorável, evidenciando que os repasses das contribuições estão sendo efetuados.

2.5 - GF23 - RPPS - Análise das Disponibilidades Financeiras do Regime Previdenciário

Saldo Final do Bimestre	R$ 14.051.317,96	
Saldo Inicial do Exercício	R$ 9.883.320,69	
Diferença	R$ 4.167.997,27	42,1720%

Da análise das Disponibilidades Financeiras, verifica-se no período uma situação favorável, diante do aumento do saldo inicial acima demonstrado.

2.6 - GF24 - Análise do Resultado Nominal - Resultado Realizado X Meta da LDO

Resultado Nominal Realizado no Exercício	R$ 14.848.428,74	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

Resultado Nominal Previsto no Anexo de Metas	R$ 11.019.216,82	
Diferença	R$ 3.829.211,92	25,7887%

Diante dos dados acima, verifica-se que o Resultado Nominal apurado no exercício demonstrou uma situação favorável, visto que superou a pretensão estabelecida na meta anual.

2.7 - GF26 - Análise dos Restos a Pagar - Movimentação até o Período

Posição no exercício anterior

Órgão	RP Proces	RP Não Proces
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	R$ 4.199.952,79	R$ 12.742.755,36

Movimentação no Exercício

Nome Órgão	Inscrições	Pagamentos	Cancelamentos
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	R$ 5.521.572,42	R$ 10.060.308,38	R$ 5.181,07

Posição atual

Nome Órgão	RP Proces	RP Não Proces	Red Esperada
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	R$ 5.092.366,53	R$ 7.306.424,59	R$ 8.471.360,85

Diante das baixas ocorridas até o período em parâmetros que evidenciam uma tendência de redução integral do montante de restos a pagar, observa-se uma situação financeira ajustada, sendo desnecessária, portanto, a emissão de alerta.

2.8 - GF27 - Despesas com Pessoal

Visando a um melhor acompanhamento, demonstramos a seguir as informações apuradas nos três quadrimestres imediatamente anteriores, bem como no quadrimestre ora analisado:

Período	Gastos	RCL	% Gasto	% Permitido Legal
12/2022	R$ 47.671.951,98	R$ 136.456.258,88	34,9357%	54,0000%
4/2023	R$ 51.267.680,17	R$ 139.372.938,63	36,7845%	54,0000%
8/2023	R$ 55.259.774,54	R$ 136.298.593,45	40,5432%	54,0000%
12/2023	R$ 58.139.600,12	R$ 140.490.420,83	41,3833%	54,0000%

Diante dos elementos apurados acima, verificamos que a despesa total com pessoal não superou o limite previsto no art. 20, inciso III, da Lei Complementar n.º 101, de 04/05/2000, não sendo necessária a emissão de alerta ao Poder em tela, tendo em vista que

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

o percentual apurado acima não ultrapassou aquele previsto no art. 59, § 1º, inciso II, da Lei supracitada.

2.9 - GF28 - Dívida Consolidada

Período	RCL	DCL	% Dívida
12/2023	R$ 140.490.420,83	R$ 7.252.425,54	5,1622%
8/2023	R$ 136.298.593,45	R$ 1.163.213,74	0,8534%

Da análise do percentual apurado no quadrimestre, observamos que o Município encontra-se devidamente ajustado ao limite de 120,00% da RCL, demonstrando o cumprimento do disposto no artigo 3º, inciso II, da Resolução nº 40 do Senado Federal, não sendo necessária a emissão de alerta ao Poder em tela, tendo em vista que o percentual apurado acima não ultrapassou aquele previsto no art. 59, § 1º, inciso III, da Lei de Responsabilidade Fiscal.

2.10 - GF29 - Análise das Operações de Crédito (exceto ARO)

RCL	R$ 140.490.420,83	
Operações de Crédito (exceto ARO)	R$ 4.290.439,17	3,0539%
Limite Legal:	R$ 22.478.467,33	

Da análise do percentual apurado no quadrimestre, observamos que o Município encontra-se devidamente ajustado ao limite de 16,00% da RCL, demonstrando o cumprimento ao disposto no Inciso I, do artigo 7º da Resolução nº 43 do Senado, encontrando-se abaixo do percentual de 90,00% do limite, sendo desnecessária, portanto, a emissão de alerta.

2.11 - GF30 - Análise das Operações de Crédito por Antecipação da Receita Orçamentária (ARO)

Análise prejudicada em virtude da ausência de saldo decorrente de contratação de empréstimo por antecipação da receita orçamentária.

2.12 - GF31 - Análise de Concessão de Garantias

RCL	R$ 140.490.420,83	
Concessões de Garantias	R$ 0.00	0,0000%
Limite Legal	R$ 30.907.892,58	

Da análise do percentual apurado no quadrimestre, observamos que o Município encontra-se devidamente ajustado ao limite de 22,0000% da RCL, demonstrando o cumprimento do disposto no artigo 9º da Resolução nº 43 do Senado, encontrando-se

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

abaixo do percentual de 90,00% do limite, sendo desnecessária, portanto, a emissão de alerta.

2.13 - GF32 - Análise da Aplicação de Recursos decorrentes da Alienação de Ativos

Nome do Órgão	Saldo Anterior	Receitas de Alienação	Aplicações Efetuadas	Saldo a Aplicar
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	R$ 1.485,86	R$ 0.00	R$ 0.00	R$ 1.485,86

De acordo com o quadro acima, verifica-se que as receitas derivadas de alienações de bens e direitos que integram o patrimônio público não foram aplicadas na sua totalidade durante o exercício, cabendo à auditoria confirmar in loco a destinação dos valores aplicados no exercício e a destinação do saldo vinculado no exercício seguinte, considerando os termos dos artigos 44, 8º, par.único e 50, inc. I, todos da Lei Complementar 101/00 e, se o caso, o atendimento às regras da Lei Federal 8.666/93, apontando eventuais irregularidades nos itens próprios do relatório das contas anuais.

2.14 - GF38 - Operações de Crédito X Despesas de Capital (regra de Ouro)

Operações de Crédito (exceto ARO)	R$ 4.290.439,17
Despesas de Capital Liquidadas	R$ 12.177.195,99
Resultado Apurado	R$ -7.886.756,82

Conforme o quadro acima, verificamos que o Órgão realizou operações de crédito em valor inferior às despesas de capital líquidas (deduções do §º3, art. 32 da LRF), estando, portanto, de acordo com o disposto no inc. III do art. 167 da CF/88. Diante disso, a auditoria deverá confirmar os valores in loco, informando eventuais irregularidades no relatório das contas anuais.

2.15 - GF52 - Dívida de Curto Prazo

Nomenclatura	Saldo Período Anterior	Movimento do Período		Saldo Para o Período Seguinte
		Inscrição	Baixa	
Restos a Pagar Processados	R$ 4.199.952,79	R$ 4.020.260,39	R$ 3.127.846,65	R$ 5.092.366,53
Restos a Pagar Não	R$	R$	R$	R$

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

Processados	12.742.755,36	1.501.312,03	6.937.642,80	7.306.424,59
Consignações	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
Depósitos	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
Outros	R$ 13.520.303,03	R$ 180.975.085,99	R$ 170.453.714,66	R$ 24.041.674,36
Total	R$ 30.463.011,18	R$ 186.496.658,41	R$ 180.519.204,11	R$ 36.440.465,48

2.16 - GF56 - Análise do artigo 167-A da CF/1988

Receita Corrente Arrecadada (Ente)	
Prefeitura e Demais Órgãos (a)	R$ 160.808.705,27
Despesa Corrente Empenhada (Ente)	
Prefeitura, Câmara e Demais Órgãos (b)	R$ 155.640.861,77
Resultado do Ente Municipal	
Percentual (c) = (b) / (a)	96,79%

O resultado apurado mostra que o Ente superou o limite do artigo 167-A (95,00%) da Constituição Federal de 1988. Nestes termos, alerte-se o órgão para que adote as medidas cabíveis conforme estabelece a legislação aplicável à situação.

3 - Assunto de Fiscalização: ENSINO

3.1 - AE02 - Planejamento Atualizado de Aplicação em Ensino

Receita Prevista Atualizada	R$ 114.214.000,00
Despesa Fixada Atualizada	R$ 34.334.731,31
Índice Apurado	30,0618%

Após as alterações orçamentárias, realizadas até o período, foram mantidas dotações

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

suficientes para atendimento da aplicação do percentual mínimo de 25,0000% na manutenção e desenvolvimento do ensino, exigido no art. 212 da CF.

3.2 - AE03 - Aplicação de Recursos Próprios em Ensino com base na Despesa Liquidada

Receita	R$ 108.938.398,26	
Despesa Empenhada	R$ 35.358.725,54	32,4575%
Despesa Liquidada	R$ 35.319.897,50	32,4219%
Despesa Paga	R$ 34.105.857,42	31,3075%

Com base na Despesa Liquidada, o Município apresenta percentual de aplicação favorável ao atendimento do disposto no art. 212 da CF.

3.3 - AE04 - Aplicação de Recursos Próprios em Ensino com base na Despesa Empenhada

Receita	R$ 108.938.398,26	
Despesa Empenhada	R$ 35.358.725,54	32,4575%
Despesa Liquidada	R$ 35.319.897,50	32,4219%
Despesa Paga	R$ 34.105.857,42	31,3075%

Com base na Despesa Empenhada, o Município atendeu ao disposto no art. 212 da CF.

3.4 - AE05 - Aplicação de Recursos do FUNDEB

Receita	**Despesa Empenhada**	
	R$	**%**
R$ 22.599.515,31	R$ 22.599.515,31	100,0000%

Com base na Despesa Empenhada, verifica-se que o Município atendeu ao caput do art. 25 da Lei 14.113/20.

3.5 - AE06 - Aplicação de Recursos do FUNDEB com profissionais da Educação Básica

Receita	**Despesa Empenhada com profissionais da Educação Básica**	
	R$	**%**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

R$ 22.194.865,93	R$ 20.725.687,27	93,3805%

Com base na Despesa Empenhada, verifica-se que o Município atendeu ao art. 26 da Lei 14.113/20.

3.6 - AE08 - Repasses Decendiais (Estimado)

O Município não forneceu dados cadastrais suficientes para a identificação das Contas Vinculadas.

4 - Assunto de Fiscalização: SAÚDE

4.1 - AS02 - Planejamento Atualizado de Aplicação em Saúde

Receita Prevista Atualizada	R$ 109.214.000,00
Despesa Fixada Atualizada	R$ 29.081.970,11
Índice Apurado	26,6284%

Após as alterações orçamentárias, realizadas até o período, foram mantidas dotações suficientes para atendimento da aplicação do percentual mínimo de 15,0000% nas ações e serviços de saúde, exigido no art. 77, inc. III e §4º, do ADCT da CF.

4.2 - AS03 - Aplicação de Recursos Próprios em Saúde com base na Despesa Liquidada

Receita	R$ 106.438.502,75	
Despesa Empenhada	R$ 28.043.889,48	26,3475%
Despesa Liquidada	R$ 27.899.179,78	26,2115%
Despesa Paga	R$ 27.093.697,59	25,4548%

Com base na Despesa Liquidada, o Município apresenta percentual de aplicação favorável ao atendimento do disposto no art. 77, inc. III e §4º, do ADCT da CF.

4.3 - AS04 - Aplicação de Recursos Próprios em Saúde com base na Despesa Empenhada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

Receita	R$ 106.438.502,75	
Despesa Empenhada	R$ 28.043.889,48	26,3475%
Despesa Liquidada	R$ 27.899.179,78	26,2115%
Despesa Paga	R$ 27.093.697,59	25,4548%

Com base na Despesa Empenhada, o Município atendeu ao disposto no art. 77, inc. III e §4º, do ADCT da CF.

5 - Assunto de Fiscalização: BALANÇO ORÇAMENTÁRIO - QUADRIMESTRAL

5.1 - ANÁLISE DO RESULTADO ORÇAMENTÁRIO (DADOS ISOLADOS DA PM)

Receitas	Previsão	Realização	AH%	AV%
Receitas Correntes	R$ 166.549.800,00	R$ 158.117.651,48	-5,06%	104,13%
Receitas de Capital	R$ 2.307.500,00	R$ 11.300.278,30	389,72%	7,44%
Deduções da Receita	R$ -14.061.000,00	R$ -17.564.284,32	24,91%	-11,57%
Receitas Intraorçamentárias	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%	0,00%
Subtotal das Receitas Orçam.	**R$ 154.796.300,00**	**R$ 151.853.645,46**	-1,90%	100,00%
Outros Ajustes		R$ 0,00		0,00%
Total das Receitas Orçam.	**R$ 154.796.300,00**	**R$ 151.853.645,46**		100,00%
		R$ -2.942.654,54		-1,90%

Despesas	Fixação Final	Execução	AH%	AV%
Despesas Correntes	R$ 137.092.157,79	R$ 133.764.331,87	2,43%	83,25%
Despesas de Capital	R$ 25.744.669,23	R$ 12.096.775,33	53,01%	7,53%
Reserva de Contingência	R$ 0,00			

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

Despesas Intraorçamentárias	R$ 11.689.670,84	R$ 11.687.193,63	0,02%	7,27%
Repasses de duodécimos	R$ 4.770.000,00	R$ 4.770.000,00	0,00%	2,97%
(-) Devolução de duodécimos		R$ 1.636.578,35		1,02%
Transf. Financeira À Adm. Indireta	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%	0,00%
Subtotal das Despesas	**R$ 179.296.497,86**	**R$ 160.681.722,48**	10,38%	100,00%
Outros Ajustes		R$ 0,00		0,00%
Total das Despesas	**R$ 179.296.497,86**	**R$ 160.681.722,48**		100,00%
Economia Orçamentária			R$ 18.614.775,38	11,58%
Resultado da Execução Orçamentária			R$ -8.828.077,02	-5,81%

O Resultado Geral da Execução Orçamentária, apurado com base nos dados enviados pela origem, demonstra que o órgão registrou um déficit no período, correspondendo a -5,81% da receita realizada.

5.2 - ANÁLISE DO RESULTADO ORÇAMENTÁRIO (DADOS ISOLADOS DA PM) - LIQUIDAÇÃO

Receitas Realizadas	R$ 169.417.929,78
Deduções da Receita	R$ 17.564.284,32
Despesas Liquidadas	R$ 156.046.988,80

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

Repasse de Duodécimos	R$ 4.770.000,00
Devolução de Duodécimos	R$ 1.636.578,35
Transferências Financeiras para Adm Indireta	R$ 0,00
Resultado da Execução Orçamentária	**R$ -7.326.764,99**

O Resultado da Execução Orçamentária foi apurado com base nos empenhos liquidados.

Os valores que não se referem ao período examinado são extraídos dos relatórios de Instrução Anteriores.

Data da Geração: **04/05/2024**
Hora da Geração: **17:28:02**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1UG-8K66-8P0O-6NBH

Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

ANÁLISES ANUAIS ELETRÔNICAS

Processo TC	4402/989/23
Poder	EXECUTIVO
Município	Igarapava
Entidade	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Período	12/2023
Relator	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Unidade Fiscalizadora	UR-17 UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA
Responsável	JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Cargo	PREFEITO
CPF	162.070.128-60
Período de Gestão	01/01/2023 a 31/12/2023

CONTAS ANUAIS

1 - Assunto de Fiscalização: BALANÇO ORÇAMENTÁRIO

1.1 - ANÁLISE DO RESULTADO ORÇAMENTÁRIO (DADOS ISOLADOS DA PM)

Receitas	Previsão	Realização	AH%	AV%
Receitas Correntes	R$ 166.549.800,00	R$ 158.117.651,48	-5,06%	104,13%
Receitas de Capital	R$ 2.307.500,00	R$ 11.300.278,30	389,72%	7,44%
Deduções da Receita	R$ -14.061.000,00	R$ -17.564.284,32	24,91%	-11,57%
Receitas Intraorçamentárias	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%	0,00%
Subtotal das Receitas Orçam.	**R$ 154.796.300,00**	**R$ 151.853.645,46**	-1,90%	100,00%
Outros Ajustes		R$ 0,00		0,00%
Total das Receitas Orçam.	**R$ 154.796.300,00**	**R$ 151.853.645,46**		100,00%
		R$ -2.942.654,54		-1,90%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Despesas	Fixação Final	Execução	AH%	AV%
Despesas Correntes	R$ 137.092.157,79	R$ 133.764.331,87	2,43%	83,25%
Despesas de Capital	R$ 25.744.669,23	R$ 12.096.775,33	53,01%	7,53%
Reserva de Contingência	R$ 0,00			
Despesas Intraorçamentárias	R$ 11.689.670,84	R$ 11.687.193,63	0,02%	7,27%
Repasses de duodécimos	R$ 4.770.000,00	R$ 4.770.000,00	0,00%	2,97%
(-) Devolução de duodécimos		R$ 1.636.578,35		1,02%
Transf. Financeira À Adm. Indireta	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%	0,00%
Subtotal das Despesas	**R$ 179.296.497,86**	**R$ 160.681.722,48**	10,38%	100,00%
Outros Ajustes		R$ 0,00		0,00%
Total das Despesas	**R$ 179.296.497,86**	**R$ 160.681.722,48**		100,00%
Economia Orçamentária			R$ 18.614.775,38	11,58%
Resultado da Execução Orçamentária			R$ -8.828.077,02	-5,81%

RESULTADO ORÇAMENTÁRIO DOS 3 ÚLTIMOS EXERCÍCIOS		
Ano	**Resultado**	**Percentual**
2022	Superátiv/Déficit de	-6,70%
2021	Superátiv/Déficit de	8,97%
2020	Superátiv/Déficit de	8,96%

O Resultado Geral da Execução Orçamentária, apurado com base nos dados enviados pela origem, demonstra que o órgão registrou um déficit no exercício, correspondendo a -5,81%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

da receita realizada.
Em relação ao Resultado Geral da Execução Orçamentária apurado no exercício anterior, verifica-se um aumento nesta variável.

1.2 - ANÁLISE DO RESULTADO ORÇAMENTÁRIO CONSOLIDADO (PM)

Receitas	Previsão	Realização	AH%	AV%
Receitas Correntes	R$ 180.352.476,13	R$ 178.372.989,59	-1,10%	95,83%
Receitas de Capital	R$ 2.307.500,00	R$ 11.300.278,30	389,72%	6,07%
Deduções da Receita	R$ -14.061.000,00	R$ -17.564.284,32	24,91%	-9,44%
Receitas Intraorçamentárias	R$ 20.476.000,00	R$ 14.023.338,02	-31,51%	7,53%
Subtotal das Receitas Orçam.	**R$ 189.074.976,13**	**R$ 186.132.321,59**		
Op.de Crédito - Refinanciamento	R$ 0,00	R$ 0,00		
Total das Receitas Orçam.	**R$ 189.074.976,13**	**R$ 186.132.321,59**		
(+) Inclusões da Fiscalização		R$ 0,00		
(-) Exclusões da Fiscalização		R$ 0,00		
Total Ajustado das Receitas		**R$ 186.132.321,59**		
Resultado da Execução Orçamentária/Financeira da Receita		R$ -2.942.654,54	-1,56%	-1,58%
Resultado da Exec. Orç./Financeira da Receita Ajustado		R$ -2.942.654,54	-1,56%	-1,58%

Despesas	FixaçãoFinal	Execução	AH%	AV%
Despesas Correntes	R$ 160.502.157,79	R$ 155.640.861,77	3,03%	86,51%
Despesas de Capital	R$ 26.751.669,23	R$ 12.486.095,99	53,33%	6,94%
Reserva de Contingência	R$ 4.007.000,00			
Despesas Intraorçamentárias	R$ 12.216.670,84	R$ 11.786.394,70	3,52%	6,55%
Subtotal das Despesas	**R$ 203.477.497,86**	**R$ 179.913.352,46**		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Amort.da Dívida - Refinanciamento	R$ 0,00	R$ 0,00		
Total das Despesas	**R$ 203.477.497,86**	**R$ 179.913.352,46**		
(+) Inclusões da Fiscalização		R$ 0,00		
(-) Exclusões da Fiscalização		R$ 0,00		
Total Ajustado das Despesas		**R$ 179.913.352,46**		
Resultado da Execução Orçamentária da Despesa		R$ 23.564.145,40	11,58%	13,10%
Resultado da Exec. Orç./Financeira da Despesa Ajustado		R$ 23.564.145,40	11,58%	13,10%

Resultado Geral da Execução Orçamentária/Financeira:	**Receita Arrecadada**	R$ 186.132.321,59	
	Despesa Executada	R$ 179.913.352,46	
	Déficit/Superávit	R$ 6.218.969,13	3,34%
Resultado Geral da Exec. Orçamentária/Financeira Ajustado:	**Receita Arrecadada Ajustada**	R$ 186.132.321,59	
	Despesa Executada Ajustada	R$ 179.913.352,46	
	Déficit/Superávit Ajustado	R$ 6.218.969,13	3,34%

RESULTADO ORÇAMENTÁRIO DOS 3 ÚLTIMOS EXERCÍCIOS		
Ano	**Resultado**	**Percentual**
2022	Superátiv/Déficit de	-2,73%
2021	Superátiv/Déficit de	9,94%
2020	Superátiv/Déficit de	7,37%

O Resultado Geral da Execução Orçamentária, apurado com base nos dados enviados pela origem, demonstra que o órgão obteve um superávit no exercício, correspondendo a 3,34% da receita realizada.
Em relação ao Resultado Geral da Execução Orçamentária apurado no exercício anterior, verifica-se um aumento nesta variável.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

2 - Assunto de Fiscalização: PERSPECTIVA B - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA, FINANCEIRA E PATRIMONIAL

2.1 - Assunto de Fiscalização: ANÁLISE DOS RESULTADOS

2.1.1 - RECEITA TRIBUTÁRIA AMPLIADA DO EXERCÍCIO ANTERIOR E ATUAL (ARTIGO 29-A DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL)

Receita Tributária Ampliada		
	2022	**2023**
Receita tributária municipal		
Impostos (IPTU, IRRF, ISSQN, ITBI)	R$ 13.714.280,66	R$ 16.757.935,04
Taxas	R$ 2.141.178,57	R$ 1.994.188,99
Contribuições de Melhoria	R$ 0,00	R$ 0,00
Contribuição de Iluminação Pública	R$ 1.107.575,59	R$ 1.049.864,43
Receitas de transferências		
FPM	R$ 38.672.087,18	R$ 40.948.439,46
ITR	R$ 2.956.281,87	R$ 4.554.320,37
ICMS	R$ 40.196.095,15	R$ 40.872.792,12
IPVA	R$ 4.723.058,15	R$ 5.568.715,56
IPI/Exportação	R$ 240.882,24	R$ 236.195,71
CIDE	R$ 32.127,46	R$ 6.493,86
IOF-Ouro	R$ 0,00	R$ 0,00
Total	R$ 103.783.566,87	R$ 111.988.945,54

Com base nos dados extraídos dos balancetes encaminhados pela entidade, apuramos a Receita Tributária Ampliada para o exercício ora analisado e o anterior, em atendimento ao artigo 29-A da Constituição Federal de 1988.

2.1.2 - TRANSFERÊNCIAS ÀS CÂMARAS DOS VEREADORES

Valor duodécimos repassado à Câmara	R$ 4.770.000,00
Valor duodécimos devolvido pela Câmara	R$ 1.636.578,35

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Valor utilizado pela Câmara	R$ 3.133.421,65
Despesas com Inativos	R$ 0,00
Subtotal das Receitas Orçam.	**R$ 3.133.421,65**
Receita Tributária Ampliada do Exercício Anterior	R$ 103.783.566,87
Percentual resultante	**3,02%**

Com base nos dados extraídos dos balancetes encaminhados pela entidade, constatamos que o percentual apurado é de 3,02%. Esta valor deve ser comparado com o limite estabelecido, conforme o artigo 29A da Constituição Federal de 1988

2.1.3 - RENÚNCIA DE RECEITA

Previsão Inicial	R$ 0,00
Previsão Atualizada	R$ 0,00
Realização	R$ 0,00

No quadro anterior segue a contabilização da renúncia de receita, originária da contabilidade da entidade encaminhada por meio dos balancetes mensais, no decorrer do exercício em exame. Observa-se que não houve a previsão de renúncia de receita ou sua realização no decorrer do exercício. Estes valores devem estar em acordo com a legislação aprovada, em especial o artigo 4º, § 2º, Inciso V da LRF.

Fonte dos dados: os valores informados foram extraídos das seguintes contas contábeis, dos balancetes mensais enviados: 5.2.1.1.2.02.00 e 6.2.1.3.2.00.00.

2.1.4 - FISCALIZAÇÃO DAS RECEITAS

Repasse	Valor Bruto	Deduções	Valor Líquido	Consulta Sefaz/STN	%V
FPM	R$ 40.948.439,46	R$ 7.288.658,37	R$ 33.659.781,09	R$ 32.762.574,91	2,74%
ITR	R$ 4.554.320,37	R$ 910.863,96	R$ 3.643.456,41	R$ 3.643.456,41	0,00%
ICMS	R$ 40.872.792,12	R$ 8.174.558,19	R$ 32.698.233,93	R$ 32.086.454,38	1,91%
IPVA	R$ 5.568.715,56	R$ 1.113.743,13	R$ 4.454.972,43	R$ 5.561.329,83	0,13%
IPI	R$ 236.195,71	R$ 47.239,17	R$ 188.956,54	R$ 188.956,55	0,00%
FUNDEB	R$ 22.504.681,46	R$ 0,00	R$ 22.504.681,46	R$ 22.470.796,68	0,15%
CIDE	R$ 6.493,86	R$ 0,00	R$ 6.493,86	R$ 6.493,86	0,00%
Royalties	R$ 2.019.113,65	R$ 0,00	R$ 2.019.113,65	R$ 2.035.784,85	-0,82%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

		Total	R$ 99.175.689,37	R$ 98.755.847,47	4,11%

O quadro traz a contabilização das receitas, originárias da contabilidade da entidade encaminhada por meio dos balancetes mensais, no decorrer do exercício ora examinado. Os valores informados pelos municípios foram comparados com os valores disponíveis nos sítios oficiais do Governo Federal e Estadual. Caso as diferenças encontradas sejam apontadas em relatório, recomenda-se a comprovação dos fatos pelos sites oficiais da STN ou SEFAZ, conforme o caso, pois estas são as fontes primárias da informação.
Links para acesso:
http://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2600:1:::NO:RP%2C1::
https://www.fazenda.sp.gov.br/RepasseConsulta/Consulta/repasse.aspx

3 - Assunto de Fiscalização: BALANÇO FINANCEIRO

3.1 - SALDO DO EXERCÍCIO X SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR

Nomenclatura	2022	2023
Saldo do exercício anterior (A)	R$ 26.608.149,37	R$ 31.405.781,40
(+) Resultado das Movimentações Orçamentárias (B)	R$ -6.571.503,71	R$ -5.694.655,37
(+) Resultado das Movimentações Extra-Orçamentárias e das Transferências Financeiras (C)	R$ 11.369.135,74	R$ -6.197.333,75
= Saldo para o Exercício Seguinte (D)	R$ 31.405.781,40	R$ 19.513.792,28
Variação do Disponível (E = D - A)	R$ 4.797.632,03	R$ -11.891.989,12
Saldo Final do Ativo Disponível	R$ 31.405.781,40	R$ 19.513.792,28

Com base nas informações enviadas pela origem, constatamos que a variação negativa no ativo disponível ajustada do órgão no exercício ocorreu, principalmente, em função do resultado não operacional negativo obtido pelo confronto das movimentações extra-orçamentárias no período. Verifica-se que houve coerência nas movimentações demonstradas no balanço financeiro, tendo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

em vista a igualdade entre o saldo para o exercício seguinte ajustado e o saldo final do ativo disponível, demonstrada no quadro acima/anterior.

Em relação à Variação do Ativo Disponível Ajustada apurada no exercício anterior, verifica-se uma situação desfavorável, pois houve uma redução nesta variável.

4 - Assunto de Fiscalização: BALANÇO PATRIMONIAL - ANÁLISE DA CAPACIDADE DE PAGAMENTO

4.1 - CAPACIDADE DE PAGAMENTO COM RECURSOS DO ATIVO DISPONÍVEL

Nomenclatura	2022	2023
Disponível (A)	R$ 31.405.781,40	R$ 19.513.792,28
Passivo Circulante (B)	R$ 17.720.255,82	R$ 22.196.398,09
Capacidade de Pagamento com Recursos do Ativo Disponível (A/B)	R$ 1,77	R$ 0,88

A apuração efetuada com base nos dados enviados pela origem demonstra que para cada R$ 1,00 de dívida de curto prazo, existe R$ 0,88 para pagamento destas obrigações.
Em relação à Capacidade de Pagamento com Recursos do Ativo Disponível Ajustada apurada no exercício anterior, verifica-se uma redução nesta variável.

4.2 - CAPACIDADE DE PAGAMENTO COM RECURSOS DO ATIVO DISPONÍVEL E CRÉDITOS DE CURTO PRAZO

Nomenclatura	2022	2023
Ativo Financeiro (A)	R$ 34.820.011,61	R$ 26.490.559,70
Passivo Financeiro (B)	R$ 21.117.780,42	R$ 21.711.496,59
Capacidade de Pagamento com Recursos do Ativo Disponível e Créditos de Curto Prazo (A/B)	R$ 1,65	R$ 1,22

A apuração efetuada com base nos dados enviados pela origem demonstra que para cada R$ 1,00 de dívida de curto prazo, existe R$ 1,22 de recursos para pagamento destas obrigações.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Em relação à Capacidade de Pagamento com Recursos do Ativo Disponível e Créditos de Curto Prazo apurada no exercício anterior, verifica-se uma situação desfavorável, pois houve uma redução nesta variável.

4.3 - CAPACIDADE DE PAGAMENTO COM RECURSOS DO ATIVO DISPONÍVEL E CRÉDITOS DE CURTO E LONGO PRAZO

Nomenclatura	2022	2023
Ativo Circulante (A)	R$ 35.867.818,06	R$ 27.767.037,78
Ativo Realizável a Longo Prazo (B)	R$ 2.872.242,54	R$ 6.822.535,37
Passivo Circulante (C)	R$ 17.720.255,82	R$ 22.196.398,09
Passivo Exigível a Longo Prazo (D)	R$ 37.874.330,83	R$ 41.857.576,45
Liquidez Geral (A+B)/(C+D)	R$ 0,70	R$ 0,54

A apuração efetuada com base nos dados enviados pela origem demonstra que, para cada R$ 1,00 de dívida, existe R$ 0,54 de recursos para pagamento destas obrigações.
Em relação à Capacidade de Pagamento com Recursos do Ativo Disponível e Créditos de Curto e Longo Prazo apurada no exercício anterior, verifica-se uma redução nesta variável.

4.4 - RESULTADOS FINANCEIRO, ECONÔMICO E SALDO PATRIMONIAL

DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS FINANCEIRO, ECONÔMICO E SALDO PATRIMONIAL			
Resultados	2022	2023	**AH %**
Financeiro	R$ 13.702.231,19	R$ 4.779.063,11	65,12%
Econômico	R$ 16.862.146,17	R$ 4.830.767,55	71,35%
Patrimonial	R$ 40.504.787,52	R$ 50.869.785,84	25,59%

5 - Assunto de Fiscalização: DEMONSTRAÇÃO DAS VARIAÇÕES PATRIMONIAIS

5.1 - ANÁLISE DO RESULTADO PATRIMONIAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Nomenclatura	2022	2023
Resultado das Variações Patrimoniais Resultantes da Execução Orçamentária (A)	R$ 23.358.382,60	R$ 3.613.937,94
Resultado das Variações Patrimoniais Independentes da Execução Orçamentária (B)	R$ -6.496.236,43	R$ 1.216.829,61
Resultado Patrimonial = A + B	R$ 16.862.146,17	R$ 4.830.767,55

O superávit econômico obtido no exercício, apurado com base nos dados enviados pela origem, ocorreu, principalmente, em função do resultado positivo obtido no confronto entre as Variações Patrimoniais Ativas e Passivas Resultantes da Execução Orçamentária.
Em relação ao Resultado Patrimonial apurado no exercício anterior, verifica-se uma situação desfavorável, pois houve uma redução nesta variável.

6 - Assunto de Fiscalização: DÍVIDA DE CURTO PRAZO

6.1 - RESUMO DA DÍVIDA - CP

Nomenclatura	Saldo Período Anterior	Movimento do Período		Saldo Para o Período Seguinte
		Inscrição	Baixa	
Restos a Pagar Processados	R$ 4.199.952,79	R$ 4.020.260,39	R$ 3.127.846,65	R$ 5.092.366,53
Restos a Pagar Não Processados	R$ 12.742.755,36	R$ 1.501.312,03	R$ 6.937.642,80	R$ 7.306.424,59
Consignações	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
Depósitos	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00
Outros*	R$ 12.270.834,05	R$ 168.659.410,18	R$ 159.713.134,84	R$ 21.217.109,39
Total	R$ 29.213.542,20	R$ 174.180.982,60	R$ 169.778.624,29	R$ 33.615.900,51

(*) Apuração da linha "Outros": Ativo Circulante (2.1.0.0.0.00.00) - Restos a pagar Processados (6.3.2*) - Restos a Pagar Não Processados Liquidados (6.3.1.3.0.00.00) - Depósitos e Consignações (2.1.8.8.*.01.00 + 2.1.8.8.*.02.00 + 2.1.8.8.*.03.00 + 2.1.8.8.*.04.00 +

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

2.1.8.8.*.99.00) - Saldo Período Anterior
(*) Apuração da linha "Outros": Ativo Circulante (2.1.0.0.0.00.00) - Restos a Pagar Processados - Inscrição no Exercício (5.3.2.7.0.00.00) - Depósitos e Consignações (2.1.8.8.*.01.00 + 2.1.8.8.*.02.00 + 2.1.8.8.*.03.00 + 2.1.8.8.*.04.00 + 2.1.8.8.*.99.00) - Inscrição
(*) Apuração da linha "Outros": Ativo Circulante (2.1.0.0.0.00.00) - Restos a Pagar Processados Pagos (6.3.2.2.0.00.00) + Restos a Pagar Processados Cancelados (6.3.2.9.0.00.00) + Restos a Pagar Não Processados Pagos (6.3.1.4.0.00.00) + Restos a Pagar Nâo Processados Cancelados (6.3.1.9.0.00.00) - Depósitos e Consignações (2.1.8.8.*.01.00 + 2.1.8.8.*.02.00 + 2.1.8.8.*.03.00 + 2.1.8.8.*.04.00 + 2.1.8.8.*.99.00) - Baixa

6.2 - EXIGÍVEL

Exigível	Saldo Período Anterior	Movimento do Período		Saldo Para o Período Seguinte	AH %
		Inscrição	Baixa		
Obrigações Trabalhistas, Previdenciárias e Assistências a Pagar a Curto Prazo	R$ 9.030.799,96	R$ 58.773.491,65	R$ 58.607.518,90	R$ 9.196.772,71	1,84%
Empréstimos e financiamentos a Curto Prazo	R$ 320.981,22	R$ 7.498.267,16	R$ 7.519.045,68	R$ 300.202,70	-6,47%
Fornecedores e Contas a Pagar a Curto Prazo	R$ 7.107.744,33	R$ 81.867.801,10	R$ 79.111.019,05	R$ 9.864.526,38	38,79%
Obrigações Fiscais a Curto Prazo	R$ 0,00	R$ 1.669.653,49	R$ 1.669.653,49	R$ 0,00	0,00%
Provisões a Curto Prazo	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%
Demais Obrigações a Curto Prazo	R$ 1.260.730,31	R$ 35.186.132,98	R$ 33.611.966,99	R$ 2.834.896,30	124,86%
Total	R$ 17.720.255,82	R$ 184.995.346,38	R$ 180.519.204,11	R$ 22.196.398,09	25,26%

Pela análise efetuada, com base nos dados encaminhados pela origem, verificamos que houve um aumento de 25,26% no total do grupo Exigível em relação ao exercício anterior.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

7 - Assunto de Fiscalização: DÍVIDA ATIVA

7.1 - RESUMO GERAL

	2021	2022	2023	AH%
Saldo Inicial da Dívida Ativa (A)	R$ 14.620.186,46	R$ 16.668.343,16	R$ 17.719.981,25	6,31%
Recebimentos (B)	R$ 816.299,78	R$ 1.139.186,56	R$ 1.072.634,98	-5,84%
Cancelamentos/Demais Ajustes para Perda (C)	R$ 1.165.823,30	R$ 1.421.787,90	R$ 457.651,56	-67,81%
Valores não recebidos - (D = A-B-C)	R$ 12.638.063,38	R$ 14.107.368,70	R$ 16.189.694,71	14,76%
Inscrição/Atualização da Dívida (E)	R$ 4.030.279,78	R$ 3.612.612,55	R$ 5.824.921,98	61,24%
Saldo Final da Provisão para Perdas (F)	R$ 13.359.615,56	R$ 13.359.615,56	R$ 13.359.615,56	0,00%
Saldo Final da Dívida Ativa (G = D+E-F)	R$ 3.308.727,60	R$ 4.360.365,69	R$ 8.655.001,13	98,49%

Com base nos dados encaminhados pela origem, verificamos que houve um aumento de 98,49% no montante da Dívida Ativa, em relação ao exercício anterior.

7.2 - EFICIÊNCIA NO RECEBIMENTO

	2021	2022	2023	AH%
Saldo Inicial da Dívida Ativa (A)	R$ 14.620.186,46	R$ 16.668.343,16	R$ 17.719.981,25	6,31%
Recebimentos (B)	R$ 816.299,78	R$ 1.139.186,56	R$ 1.072.634,98	-5,84%
AV % (B/A * 100)	5,58%	6,83%	6,05%	0,00%

Com base nos dados encaminhados pela origem, constatamos que o percentual de arrecadação em relação ao estoque da Dívida Ativa foi de 6,05%.

)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

7.3 - NÍVEL DE CANCELAMENTO

	2021	2022	2023	AH %
Saldo Inicial da Dívida Ativa (A)	R$ 14.620.186,46	R$ 16.668.343,16	R$ 17.719.981,25	6,31%
Cancelamentos (B)	R$ 1.165.823,30	R$ 1.421.787,90	R$ 457.651,56	-67,81%
AV % (B/A * 100)	7,97%	8,53%	2,58%	-75,00%

Com base nos dados encaminhados pela origem, constatamos que o percentual de cancelamento em relação ao estoque da Dívida Ativa foi de 2,58%.

8 - Assunto de Fiscalização: FIDEDIGNIDADE DOS DADOS CONTÁBEIS

8.1 - BALANÇO ORÇAMENTÁRIO

Balanço Orçamentário	Valores Apurados com Base:		Diferença
	Dados de Balanço Informados pela Origem	Balancetes Armazenados no Sistema AUDESP	
Receita Prevista Atualizada	R$ 154.796.300,00	R$ 154.796.300,00	R$ 0,00
Total Receita Arrecadada	R$ 151.853.645,46	R$ 151.853.645,46	R$ 0,00
Dotação Atualizada	R$ 174.526.497,86	R$ 174.526.497,86	R$ 0,00
Total Despesa Empenhada	R$ 157.548.300,83	R$ 157.548.300,83	R$ 0,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Efetuada a comparação entre os dados do Balanço orçamentário informados pela origem e aqueles apurados com base nos balancetes armazenados no Sistema AUDESP, não constatamos divergência.

8.2 - BALANÇO FINANCEIRO

Balanço Financeiro	Valores Apurados com Base:		Diferença
	Dados de Balanço Informados pela Origem	Balancetes Armazenados no Sistema AUDESP	
Saldo Exerc. Anterior	R$ 31.405.781,40	R$ 31.405.781,40	R$ 0,00
Total Receita Orcamentária	R$ 151.853.645,46	R$ 151.853.645,46	R$ 0,00
Total Despesa Orçamentária	R$ 157.548.300,83	R$ 157.548.300,83	R$ 0,00
Saldo Exerc. Atual	R$ 19.513.792,28	R$ 19.513.792,28	R$ 0,00

Efetuada a comparação entre os dados do Balanço Financeiro informados pela origem e aqueles apurados com base nos balancetes armazenados no Sistema AUDESP, não constatamos divergência.

8.3 - BALANÇO PATRIMONIAL

Balanço Patrimonial	Valores Apurados com Base:		Diferença
	Dados de Balanço Informados pela Origem	Balancetes Armazenados no Sistema AUDESP	
Total Ativo Financeiro	R$ 26.490.559,70	R$ 26.490.559,70	R$ 0,00
Total Ativo Permanente	R$ 95.641.725,27	R$ 95.641.725,27	R$ 0,00
Total Passivo Financeiro	R$ 21.711.496,59	R$ 21.711.496,59	R$ 0,00
Total Passivo Permanente	R$ 49.551.002,54	R$ 49.551.002,54	R$ 0,00

Efetuada a comparação entre os dados do Balanço Patrimonial informados pela origem e aqueles apurados com base nos balancetes armazenados no Sistema AUDESP, não constatamos divergência.

8.4 - DEMONSTRAÇÃO DAS VARIAÇÕES PATRIMONIAIS

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Demonstrações de Var. Patrimoniais	Valores Apurados com Base:		Diferença
	Dados de Balanço Informados pela Origem	Balancetes Armazenados no Sistema AUDESP	
Total Variações Ativas	R$ 190.199.023,97	R$ 190.199.023,97	R$ 0,00
Total Variações Passivas	R$ 185.368.256,42	R$ 185.368.256,42	R$ 0,00
Resultado Econômico	R$ 4.830.767,55	R$ 4.830.767,55	R$ 0,00

Efetuada a comparação entre os dados da Demonstração das Variações Patrimoniais informados pela origem e aqueles apurados com base nos balancetes armazenados no Sistema AUDESP, não constatamos divergência.

8.5 - INFLUÊNCIA DO RESULTADO ORÇAMENTÁRIO SOBRE O FINANCEIRO

Dados extraídos do Balanço Financeiro	
Variações Ativas	**Valores**
Transf. Financeiras Recebidas	R$ 0,00
RP Inscritos	R$ 5.521.572,42
Serviço da Dívida	R$ 0,00
Depósitos	R$ 12.315.675,81
Outras Mov. Extra	R$ 51.427.691,46
Total (A)	**R$ 69.264.939,69**
Variações Passivas	**Valores**
Transf. Financeiras Concedidas	R$ 9.485.177,95
RP Pagos	R$ 10.060.308,38
Serviço da Dívida	R$ 0,00
Depósitos	R$ 10.740.579,82
Outras Mov. Extra	R$ 45.176.207,29
Total (B)	**R$ 75.462.273,44**

Dados extraídos do Balanço Patrimonial	
Resultado Financeiro do Exercício anterior	R$ 13.702.231,19
Ativo Financeiro	R$ 34.820.011,61
Passivo Financeiro	R$ 21.117.780,42

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Dados extraídos do Anexo 14A	
Variação do Ativo financeiro Excluindo o Caixa, Equivalente de Caixa e Investimentos e Aplicação Temporárias CP	
Ativo Financeiro Atual	R$ 6.976.767,42
Ativo Financeiro Anterior	R$ 3.414.230,21
Variação Ativa - Total (C)	**R$ 3.562.537,21**
Variação do Passivo Financeiro	
Passivo Financeiro Atual	R$ 21.708.615,26
Passivo Financeiro Anterior	R$ 21.114.899,09
Variação Passiva - Total (D)	**R$ 593.716,17**
Dados extraídos do Balancete Contábil	
Variação das Contas Patrimoniais do Grupo Investimentos e Aplicação Temporárias CP	
Movimento de débito	R$ 0,00
Movimento de crédito	R$ 0,00
Variação Líquida - Total (E)	**R$ 0,00**

Influência do Resultado Orçamentário sobre o Resultado Financeiro	
Resultado Financeiro do Exercício anterior	R$ 13.702.231,19
(+) Ajustes por Variações Ativas (A+C)	R$ 72.827.476,90
(-) Ajustes por Variações Passivas (B+D+E)	R$ 76.055.989,61
Resultado Financeiro do Exercício Anterior - Ajustado	**R$ 10.473.718,48**
(+/-) Resultado Orçamentário do Exercício	R$ -5.694.655,37
Resultado Financeiro do Exercício	**R$ 4.779.063,11**
Resultado Financeiro do exercício em exame	R$ 4.779.063,11
Diferença apurada	**R$ 0,00**

O resultado apurado evidencia que não foi encontrada inconsistência entre os Demonstrativos Contábeis elaborado pela entidade referente o exercício em exame.

8.6 - CONSISTÊNCIA DO SALDO PATRIMONIAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Variação da conta Restos a Pagar Não Processados (**)	
Saldo Exerc. Anterior	R$ 12.742.755,36
Saldo Exerc. Atual	R$ 7.208.524,59
Total B	**R$ 5.534.230,77**

(**) Dados extraídos do Anexo 14A do Balanço Patrimonial - Isolado

Variação do Patrimonio Líquido - C (***)	
Total do Patrimônio Líquido Atual	R$ 58.078.310,43
(-) Total do Patrimônio Líquido Anterior	R$ 53.247.542,88
+/- Resultado Patrimonial do Exercício (****)	R$ 4.830.767,55
Total C	**R$ 0,00**

(***) Dados extraídos do Balanço Patrimonial e DVP (Isolado)
(****) O objetivo aqui é excluir o efeito do resultado patrimonial na variação do PL, para apurar as movimentações que não afetaram este resultado.

Apuração da Consistência (*****)	
Saldo Patrimonial Exerc. Anterior	R$ 40.504.787,52
Resultado econômico Atual	R$ 4.830.767,55
Variação do Patrimônio líquido (C)	R$ 0,00
(+/-) Variação da conta RPNP (B)	R$ 5.534.230,77
(=) Saldo Patrimonial Atual Apurado	**R$ 50.869.785,84**
Saldo Patrimonial apurado no B. Patrimonial	**R$ 50.869.785,84**
Diferença	**R$ 0,00**

(*****) Dados extraídos do Balanço Patrimonial e DVP - Isolado

O resultado apurado evidencia que não foi encontrada inconsistência entre os Demonstrativos Contábeis elaborado pela entidade referente o exercício em exame.

9 - Assunto de Fiscalização: ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DE METAS FISCAIS

9.1 - META DE RECEITA

	Valores	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

LDO - Meta de Receita Prevista - I	R$ 179.359.000,00	
LOA - Previsão Atual. da Rec. Fiscal Líquida - II	R$ 155.368.300,00	
(+) Inclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
LOA - Previsão Atual. da Rec. Fiscal Líquida - Ajustada - III	R$ 155.368.300,00	
LOA - Receita Fiscal Líquida Arrecadada - IV	R$ 148.803.354,47	
(+) Inclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
LOA - Receita Fiscal Líquida Arrecadada - Ajustada - V	R$ 148.803.354,47	
Diferença (II - I)	R$ -23.990.700,00	-13,38%
Diferença (III - I) - Ajustada	R$ -23.990.700,00	-13,38%
Diferença (IV - I)	R$ -30.555.645,53	-17,04%
Diferença (V - I) - Ajustada	R$ -30.555.645,53	-17,04%

Pela análise efetuada com base nos dados informados pela origem, constatamos que a meta obtida na Previsão da Receita na LOA é inferior a estabelecida na LDO.
Pela análise efetuada com base nos dados informados pela origem, constatamos que a meta obtida na arrecadação da Receita é inferior a estabelecida na LDO.

9.2 - META DE DESPESA

	Valores	
LDO - Meta de Despesa Fixada - I	R$ 179.359.000,00	
LOA - Dotação Atual. da Desp. Fiscal Líquida - II	R$ 185.959.127,02	
(+) Inclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
LOA - Dotação Atual. da Desp. Fiscal Líquida - Ajustado - III	R$ 185.959.127,02	
LOA - Despesa Fiscal Líquida Realizada - IV	R$ 161.581.734,28	
(+) Inclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
LOA - Despesa Fiscal Líquida Realizada - Ajustada - V	R$ 161.581.734,28	
Diferença (II - I)	R$ 6.600.127,02	3,68%
Diferença (III - I) - Ajustada	R$ 6.600.127,02	3,68%
Diferença (IV - I)	R$ -17.777.265,72	-9,91%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Diferença (V - I) - Ajustada	R$ -17.777.265,72	-9,91%

Pela análise efetuada com base nos dados informados pela origem, constatamos que a meta obtida na Fixação Atualizada da Despesa na LOA é superior a estabelecida na LDO.
Pela análise efetuada com base nos dados informados pela origem, constatamos que a meta obtida na Realização da Despesa na LOA é inferior a estabelecida na LDO.

9.3 - META DE RESULTADO PRIMÁRIO

	Valores	
Resultado Primário do Anexo de Metas da LDO - I	R$ 12.631.415,80	
Resultado Primário Previsto na LOA - II	R$ -30.590.827,02	
(+) Inclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
Resultado Primário Previsto na LOA - Ajustado - III	R$ -30.590.827,02	
Resultado Primário Realizado no Exercício - IV	R$ -12.778.379,81	
(+) Inclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
LOA - Resultado Primário Realizado no Exercício - Ajustada - V	R$ -12.778.379,81	
Diferença (II - I)	R$ -43.222.242,82	141,29%
Diferença (III - I) - Ajustada	R$ -43.222.242,82	141,29%
Diferença (IV - I)	R$ -25.409.795,61	198,85%
Diferença (V - I) - Ajustada	R$ -25.409.795,61	198,85%

Pela análise efetuada com base nos dados informados pela origem, constatamos que a meta de Resultado Primário Prevista na LOA é inferior à estabelecida na LDO.
Pela análise efetuada com base nos dados informados pela origem, constatamos que a meta de Resultado Primário, obtida com dados da receita arrecadada e da despesa no exercício em exame, é inferior à estabelecida na LDO.

9.4 - ANÁLISE DAS OPERAÇÕES DE CRÉDITO

Nomenclatura	**Valores**	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

RCL - I	R$ 140.490.420,83	
(+) Inclusões da Fiscalização - II	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização - III	R$ 0,00	
RCL - Ajustada - IV = I + II + III	R$ 140.490.420,83	
Operações de Crédito (exceto ARO) - V	R$ 4.290.439,17	3,05%
(+) Inclusões da Fiscalização - VI	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização - VII	R$ 0,00	
Op. de Crédito (exceto ARO) - Ajustada - VIII = V + VI + VII	R$ 4.290.439,17	3,05%
Limite Legal		16,00%

Pela análise efetuada com base nos dados informados pela origem, constatamos o cumprimento do limite previsto no Inciso I, do artigo 7º da Resolução nº 43 do Senado.

9.5 - ANÁLISE DA CONCESSÃO DE GARANTIAS

Nomenclatura	Valores	
RCL - I	R$ 140.490.420,83	
(+) Inclusões da Fiscalização - II	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização - III	R$ 0,00	
RCL - Ajustada - IV = I + II + III	R$ 140.490.420,83	
Concessão de Garantias- V	R$ 0.00	0,00%
(+) Inclusões da Fiscalização - VI	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização - VII	R$ 0,00	
Concessão de Garantias - Ajustada - VIII = V + VI + VII	R$ 0,00	0,00%
Limite Legal		22,00%

Pela análise efetuada com base nos dados informados pela origem, constatamos que o percentual obtido é igual/inferior ao limite limite previsto no Inciso I, do artigo 9º da Resolução nº 43 do Senado.

9.6 - OPERAÇÕES DE CRÉDITO X DESPESAS DE CAPITAL

Nomenclatura	Valores
Operações de Crédito (exceto ARO) - I	R$ 4.290.439,17
(+) Inclusões da Fiscalização - II	R$ 0,00
(-) Exclusões da Fiscalização - III	R$ 0,00

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Op. de Crédito (exceto ARO) - Ajustada - IV = I + II + III	R$ 4.290.439,17
Despesas de Capital Liquidadas - V	R$ 12.177.195,99
(+) Inclusões da Fiscalização - VI	R$ 0,00
(+) Exclusões da Fiscalização - VII	R$ 0,00
Despesas de Capital Liquidadas - Ajustada - VIII = V + VI + VII	R$ 12.177.195,99
Resultado Apurado - I - V	R$ -7.886.756,82
Resultado Apurado Ajustado - IV - VIII	R$ -7.886.756,82

Pela análise efetuada com base nos dados informados pela origem, constatamos que o percentual obtido é igual/inferior ao limite previsto no inc. III do art. 167 da CF/88.

9.7 - DESPESA DE PESSOAL

Período	**12/2022**	**04/2023**	**08/2023**	**12/2023**
% Permitido Legal	54,0000%	54,0000%	54,0000%	54,0000%
Gastos - A	R$ 47.671.951,98	R$ 51.267.680,17	R$ 55.259.774,54	R$ 58.139.600,12
(+) Inclusões da Fiscalização - B				R$ 0,00
(-) Exclusões da Fiscalização - C				R$ 0,00
Gastos Ajustados -D				R$ 58.139.600,12
RCL -E	R$ 136.456.258,88	R$ 139.372.938,63	R$ 136.298.593,45	R$ 140.490.420,83
(+) Inclusões da Fiscalização - F				R$ 0,00
(-) Exclusões da Fiscalização - G				R$ 0,00
RCL Ajustada - H				R$ 140.490.420,83
% Gasto = A/E	34,9357%	36,7845%	40,5432%	41,3833%
% Gasto Ajustado = D/H				41,3833%

Pela análise efetuada com base nos dados informados pela origem, verificamos que a despesa total com pessoal não superou o Percentual Legal Permitido.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

10 - Assunto de Fiscalização: ENSINO

10.1 - QUADRO GERAL

IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS DE IMPOSTOS		
Receitas	R$ 108.938.398,26	
Ajustes da fiscalização	R$ 0,00	
Total de Receitas de Impostos - T.R.I.	R$ 108.938.398,26	
FUNDEB - RECEITAS		
Retenções	R$ 17.535.062,82	
Transferências recebidas	R$ 22.504.681,46	
Receitas de aplicações financeiras	R$ 83.984,19	
Ajustes da fiscalização	R$ 0,00	
Total de Receitas do FUNDEB - T.R.F.	R$ 22.588.665,65	
FUNDEB - DESPESAS		
Despesas com Profissionais da Educação	R$ 20.725.687,27	
(+/-) Outros ajustes da Fiscal. Magistério (70%)	R$ 0,00	
Total das Despesas Líquidas com Magistério (mínimo 70%)	R$ 20.725.687,27	91,75%
Demais Despesas	R$ 1.873.828,04	
(+/-) Outros ajustes da Fiscal. Demais Despesas (30%)	R$ 0,00	
Total das Demais Despesas Líquidas (máximo 30%)	R$ 1.873.828,04	8,30%
DESPESAS PRÓPRIAS EM EDUCAÇÃO		
Educação Básica (exceto FUNDEB)	R$ 17.839.309,44	
(+) FUNDEB Retido	R$ 17.535.062,82	
(-) Ganhos de Aplicações Financeiras	R$ 15.646,72	
(-) FUNDEB Retido e não Aplicado no Retorno	R$ 0,00	
Aplicação até 31.12.2023 (artigo 212, CF)	R$ 35.358.725,54	32,46%
(+) FUNDEB-Parcela da retenção: Aplicado 1º quadr./2024	R$ 0,00	
(-) Restos a Pagar não Pagos até 31.01.2024	R$ 0,00	
(+/-) Outros ajustes da Fiscal. Recursos Próprios/FUNDEB	R$ 0,00	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Aplicação Final na Educação Básica	R$ 35.358.725,54	32,46%
Planejamento Atualizado do Ensino		
Receita Prevista Atualizada	R$ 114.214.000,00	
Despesa Fixada Atualizada	R$ 34.334.731,31	
Índice Apurado	30,06%	

Conforme dados encaminhados pela origem o percentual aplicado em Ensino foi de 32,46%, igual/superior ao limite mínimo exigido no art. 212 da CF.

11 - Assunto de Fiscalização: SAÚDE

11.1 - QUADRO GERAL

	Valores	
Receitas de impostos*	R$ 106.438.502,75	
Ajustes da Fiscalização	R$ 0,00	
Total das Receitas	R$ 106.438.502,75	
Total das Despesas empenhadas com Recursos Próprios	R$ 28.043.889,48	
(+/-)Ajustes da fiscalização	R$ 0,00	
(-) Restos a Pagar não pagos até 31.01.2023	R$ 0,00	
Valor e percentual aplicado em ações e serviços de Saúde	R$ 28.043.889,48	26,35%
Planejamento Atualizado da Saúde		
Receita Prevista Atualizada	R$ 109.214.000,00	
Despesa Fixada Atualizada	R$ 29.081.970,11	
Índice Apurado	26,63%	

Conforme dados encaminhados pela origem o percentual aplicado em ações e serviços de saúde foi de 26,35%, igual/superior ao limite mínimo exigido no art. 77, inc. III e §4º, do ADCT da CF.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

11.2 - DISPONIBILIDADE FINANCEIRA PARA OS RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS DA SAÚDE

Restos a Pagar Processados (Exercício em exame e anteriores)	Restos a Pagar Não Processados (Exercício em exame e anteriores)	Disponibilidade de Recursos (Exercício em exame)	Saldo para cobertura RP Processados	Saldo para cobertura RP Não Processados
R$ 837.850,19	R$ 493.186,04	R$ 0,00	R$ -837.850,19	R$ -493.186,04

Com base nos registros encaminhados pela entidade através dos balancetes mensais ao Sistema Audesp, observamos os valores totais acima, conforme artigo 24, inciso II, da Lei Complementar nº 141/2012, com detalhamento em demonstrativo específico.

12 - Assunto de Fiscalização: PRECATÓRIOS

12.1 - MOVIMENTAÇÃO REGISTRADA NAS CONTAS DE CONTROLE ORÇAMENTÁRIO

	Valores	
Dotação Atualizada	R$ 3.644.900,00	
(+) Inclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
Dotação Atualizada Ajustada - I	R$ 3.644.900,00	
Crédito Utilizado	R$ 3.644.823,67	100,00%
(+) Inclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
Crédito Utilizado Ajustado	R$ 3.644.823,67	100,00%
Pago	R$ 3.643.955,67	99,97%
(+) Inclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
(-) Exclusões da Fiscalização	R$ 0,00	
Pago Ajustado	R$ 3.643.955,67	99,97%

Pela análise efetuada com base nos dados encaminhados pela origem, o montante do Crédito

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

orçamentário utilizado com Precatórios no exercício representou 100,00% da Dotação Atualizada do Exercício, e o montante pago de Precatórios no exercício representou 99,97% da Dotação Atualizada do Exercício.

12.2 - MOVIMENTAÇÃO REGISTRADA NO PASSIVO DE CURTO E LONGO PRAZO

	Saldo Período Anterior	Movimento do Período		Saldo Para o Período Seguinte	AH %
		Inscrição	Baixa		
Curto Prazo	R$ 2.925.603,29	R$ 7.289.647,34	R$ 3.726.242,13	R$ 6.489.008,50	121,80%
Regime Especial	R$ 2.925.603,29	R$ 7.125.074,42	R$ 3.562.537,21	R$ 6.488.140,50	121,77%
Regime Ordinário	R$ 0,00	R$ 164.572,92	R$ 163.704,92	R$ 868,00	100,00%
(+) Inclusões da Fiscalização		R$ 0,00	R$ 0,00		
(-) Exclusões da Fiscalização		R$ 0,00	R$ 0,00		
Curto Prazo Ajustado	R$ 2.925.603,29	R$ 7.289.647,34	R$ 3.726.242,13	R$ 6.489.008,50	121,80%
Longo Prazo	R$ 19.858.441,97	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 19.858.441,97	0,00%
Regime Especial	R$ 19.858.441,97	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 19.858.441,97	0,00%
Regime Ordinário	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%
(+) Inclusões da Fiscalização		R$ 0,00	R$ 0,00		
(-) Exclusões da Fiscalização		R$ 0,00	R$ 0,00		
Longo Prazo - Ajustado	R$ 19.858.441,97	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 19.858.441,97	0,00%
Total	R$ 22.784.045,26	R$ 7.289.647,34	R$ 3.726.242,13	R$ 26.347.450,47	15,64%
Total Ajustado	R$ 22.784.045,26	R$ 7.289.647,34	R$ 3.726.242,13	R$ 26.347.450,47	15,64%

Pela análise efetuada com base dos dados enviados pela origem, verificamos que houve um aumento de 15,64% no total do grupo da Dívida com Precatórios em relação ao saldo do exercício anterior.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

12.3 - MOVIMENTAÇÃO REGISTRADA NAS CONTAS DE CONTROLE DE RESTOS A PAGAR

	Saldo Período Anterior	Baixas		Inscrições	Saldo Período Seguinte	AH%
		Pagos	Cancelados			
Processados	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%
(+) Inclusões da Fiscalização		R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00		
(-) Exclusões da Fiscalização		R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00		
Processados Ajustados	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%
Não Processados	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%
(+) Inclusões da Fiscalização		R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00		
(-) Exclusões da Fiscalização		R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00		
Não Processados Ajustados	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%
Total	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%
Total Ajustado	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00%

Pela análise efetuada com base dos dados enviados pela origem, verificamos que no exercício não houve registro de Precatórios inscritos em Restos a Pagar.

13 - Assunto de Fiscalização: RECURSOS VINCULADOS

13.1 - CONTRIBUIÇÃO DE INTERVENÇÃO NO DOMÍNIO ECONÔMICO

Nomenclatura	2023
Saldo do exercício anterior (31/12) - A	R$ 0,00
Rendimentos de aplicações financeiras - B	R$ 2.881,03

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Valor arrecadado - C	R$ 6.493,86
Retenção de 1% para o PASEP - D	R$ 0,00
Valor disponível líquido da CIDE - E = A + B + C - D	R$ 9.374,89
Valor aplicado contabilizado - F	R$ 26.965,69
Saldo contabilizado em 31/12 do exercício em exame - G	R$ 0,00
Saldo apurado conforme dados acima - H = A + B + C - F	R$ -17.590,80
Diferença entre valor contabilizado e valor apurado - I = G - H	R$ 17.590,80

Com base nos dados extraídos dos balancetes encaminhados pela entidade, apuramos diferença entre o valor contabilizado ao final do exercício e o calculado registrado nas diversas contas contábeis da entidade.

Fonte dos dados: contas contábeis 1.1.1 (contas analíticas neste subgrupo); 6.2.1.2.0.00.00 e 6.2.2.1.3* (contas analíticas neste subgrupo).*

14 - Assunto de Fiscalização: COMPRAS DA ENTIDADE

14.1 - APURAÇÃO DAS DESPESAS PASSÍVEIS DE LICITAÇÃO

Modalidade	2022	2023	AH%	AV%
Concorrência	R$ 4.244.692,67	R$ 3.691.773,31	-13,03%	5,49%
Tomada de Preços	R$ 18.873.384,26	R$ 7.156.954,83	-62,08%	10,63%
Convite	R$ 193.355,93	R$ 99.158,53	-48,72%	0,15%
Pregão Presencial	R$ 30.638.455,22	R$ 32.375.880,15	5,67%	48,11%
Concurso	R$ 0.00	R$ 0.00	0,00%	0,00%
Pregão Eletrônico	R$ 0.00	R$ 0.00	0,00%	0,00%
Dispensa de Licitação	R$ 9.859.283,52	R$ 17.680.751,71	79,33%	26,27%
Inexigível	R$ 346.271,32	R$ 1.451.028,69	319,04%	2,16%
Outros/Não Aplicável	R$ 3.796.670,76	R$ 4.846.695,60	27,66%	7,20%
RDC	R$ 0.00	R$ 0.00	0,00%	0,00%
Diálogo Competitivo	R$ 0.00	R$ 0.00	0,00%	0,00%
Total geral	**R$ 67.952.113,68**	**R$ 67.302.242,82**	**-0,96%**	

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

Com base nos registros encaminhados pela entidade através dos balancetes mensais ao Sistema Audesp, observamos os valores passíveis de licitação realizados no exercício ora examinado.

15 - Assunto de Fiscalização: FLUXO DE CAIXA

15.1 - DEMONSTRATIVO DE FLUXO DE CAIXA

Para verificar o Demonstrativo de Fluxo de Caixa desta Entidade, recomendamos consultar o assunto Fluxo de Caixa e o item de análise 'Apuração do Demonstrativo de Fluxo de Caixa', no Sistema Audesp, relativo ao período ora analisado

Data da Geração: **12/07/2024**
Hora da Geração: **00:13:34**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1SZ-ISMS-7BXL-HNME

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **José Ricardo Rodrigues Mattar**, CPF **162.070.128-60**, atesto que na data de **09/05/2024** às **11:20:57** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **zericardo@igarapava.sp.gov.br**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

D43C41ED49741FB48498398DEAABD90A71BCB8A89E84F128A45F36F9A6

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

dfdf15c3-a3b7-458b-bf81-bd229e172723

Para conferência, acesse **https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos** e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1TE-2I38-6A8O-5ADM

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA – UR 17

Ituverava, 01 de agosto de 2024.

Ofício nº 75/2024 – TCE-SP.GUR-17

Excelentíssimo Senhor Prefeito,

Informo a Vossa Excelência que o abaixo relacionado é funcionário deste Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e está autorizado a proceder à fiscalização da Prestação de Contas – Exercício 2023 - TC-004402.989.23, em conformidade com a legislação pertinente.

- MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR - RG 47.108.895-X

Fica Vossa Excelência, desde já NOTIFICADO a acompanhar todos os atos de tramitação processual exercendo o direito de defesa, interpondo recursos cabíveis, quando for o caso, e o que mais for do interesse, inclusive, no que se refere a autos próprios que vierem a ser informados.

Desde logo, fica, também, NOTIFICADO de que todos os despachos e decisões tomados acerca de aludido processo serão publicados no Diário Oficial do Estado, na conformidade do artigo 90, da Lei Complementar n.º 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

Ao ensejo, renovo meus protestos de estima e consideração.

RODRIGO MARQUES RODRIGUES:29504640842
Assinado de forma digital por RODRIGO MARQUES RODRIGUES:29504640842
Dados: 2024.08.01 11:19:15 -03'00'

Diretor Técnico de Divisão
Unidade Regional de Ituverava - UR-17

Excelentíssimo Senhor
José Ricardo Rodrigues Mattar
Prefeito – Prefeitura Municipal de Igarapava

ENDEREÇO: Rua Dom Pedro I, nº 520 – Jardim Independência – Ituverava - SP - CEP 14500-000 - PABX 3839-0249
INTERNET: www.tce.sp.gov.br

06/08/24

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 5-K1V5-A4CG-6X32-4FWO

TCESP
Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo

CARTÓRIO DA CONSELHEIRA
CRISTIANA DE CASTRO MORAES
(11) 3292-3517 - cgcccm@tce.sp.gov.br

São Paulo, 9 de agosto de 2023.

Ofício C.CCM nº 1773/2023
TC-4402.989.23-0
Contas - Prefeitura

Senhor Prefeito

Cumprimento-o e, ao ensejo, participo que o processo **TC-4402.989.23-0** trata das contas anuais da **Prefeitura Municipal de Igarapava,** relativas ao exercício de 2023.

Pelo presente, Vossa Excelência fica notificado, para que, observado o **prazo de 15 (quinze) dias**, regularize o envio de documentos pendentes ao Sistema AUDESP, conforme despacho disponibilizado no DOE-TCESP em 28/07/2023 e publicado em 31/07/2023 (cópia anexa).

Alerto que o não atendimento sem causa justificada da diligência e a sonegação de informações essenciais ao exercício do controle externo poderá ensejar a **aplicação de multa**, nos termos previstos no artigo 104, incisos III e V, da Lei Complementar nº 709/93.

Apresento-lhe protestos de estima e consideração.

CÓPIA

CRISTIANA DE CASTRO MORAES
Conselheira

A Sua Excelência o Senhor
JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Prefeito Municipal de Igarapava
IGARAPAVA – SP
C.CCCM-36(UR-17)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: GIAN FABIO RINALDO GAROFALO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-T3JT-FG43-6T5B-5910

NOME: José Ricardo Rodrigues Martins.

RG: 23646285-4 CPF: 162.072.128-60

PROF. Advogado TEL: (16) 99262 0330.

EMAIL: jradvocacia.iga@hotmail.com

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA/AV: Av. Dr. Pereira Rebouças, 680.

BAIRRO: Centro.

CIDADE: Igarapava CEP: 14540-000.

ENDEREÇO COMERCIAL

RUA/AV: Rua Gabriel Vilela, 813.

BAIRRO: Centro.

CIDADE: Igarapava CEP: 14540-000

RECEBI O ORIGINAL DESTE DOCUMENTO EM: 18/08/2023

ASSINATURA: [signature] HORA: 16:15 horas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: GIAN FABIO RINALDO GAROFALO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-T3JT-FG43-6T5B-5910

Certifico e dou fé que eu, Carlos Eduardo da Costa Tavares Silva, Assessor Técnico de Gabinete I, Matrícula 4389, nesta data, às 16h15, entreguei a notificação em anexo – Ofício C.CCM nº 1773/2023 (ref. TC-4402.989.23-0) – ao Senhor José Ricardo Rodrigues Mattar, Prefeito Municipal de Igarapava, advogado, RG nº 23.646.285-4, CPF nº 162.070.128-60, residente e domiciliado no endereço Av. Doutor Pereira Rebouças, nº 680, bairro Centro, CEP: 14540-000, em Igarapava-SP, com endereço comercial na Rua Gabriel Vilela, nº 413, bairro Centro, CEP: 14540-000, em Igarapava – SP.

Ituverava, 18 de agosto de 2023.

Carlos Eduardo da Costa Tavares Silva
Assessor Técnico de Gabinete I
UR-17 – Ituverava – TCESP

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: GIAN FABIO RINALDO GAROFALO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-T3JT-FG43-6T5B-5910

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: GIAN FABIO RINALDO GAROFALO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-T3JT-FG43-6T5B-5910

TCESP
Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo

GABINETE DA CONSELHEIRA
CRISTIANA DE CASTRO MORAES
(11) 3292-3267 - gcccm@tce.sp.gov.br

D E S P A C H O

PROCESSO:	**TC-004402.989.23-0**
ÓRGÃO:	▪ PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
INTERESSADO:	▪ JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR - PREFEITO MUNICIPAL
ASSUNTO:	Contas de Prefeitura - Exercício de 2023
ADVOGADO:	JULIO CESAR MACHADO (OAB/SP 330.136)

Trata-se das Contas Anuais da PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, relativas ao exercício de 2023.

A **UR-17** anexou no evento 37 o relatório de fiscalização atinente ao Acompanhamento do 1º Semestre do exercício em exame.

Notifique-se eletronicamente o responsável a fim de que tome conhecimento dos laudos de inspeção e demais documentos constantes dos autos, adotando as providências corretivas que entender cabíveis.

Publique-se.

Ao **Cartório** para cumprir e, inclusive, cadastrar o Sr. JOSE RICARDO RODRIGUES MATTAR, Prefeito Municipal, na condição de interessado nos autos.

Em seguida, restituam-se os autos à **UR-17** para oportuno prosseguimento da instrução.

GCCCM, 21 de Agosto de 2023

CRISTIANA DE CASTRO MORAES
CONSELHEIRA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: CRISTIANA DE CASTRO MORAES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-SZJ0-K8DL-730L-5N5Z

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-SINV-KRNB-7A5U-5L65

Consultar em 2ª instância

1000060-06.2023.8.26.0242 Em grau de recurso

Classe
Ação Civil Pública

Assunto
Controle Social e Conselhos de Saúde

Foro
Foro de Igarapava

Vara
2ª Vara

Juiz
PEDRO HENRIQUE BICALHO CARVALHO

Mais

PARTES DO PROCESSO

Reqte	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA Advogado: Leandro Bozzola Guitarrara
Reqdo	Edson Xavier Bisinoto

Mais

MOVIMENTAÇÕES

Data	Movimento
30/06/2023	Remetidos os Autos para o Tribunal de Justiça/Colégio Recursal - Processo Digital
30/06/2023	Recebidos os Autos do Tribunal Regional Federal
30/06/2023	Certidão de Cartório Expedida *Cível - 2ª Vara - Certidão - Digital - Remessa ao Tribunal*
30/06/2023	Autos na Fila de Remessa ao Tribunal Regional Federal – TRF3 - Apelação – Processo Digital
30/06/2023	Certidão de Publicação Expedida *Relação: 0460/2023 Data da Publicação: 03/07/2023 Número do Diário: 3768*

Mais

PETIÇÕES DIVERSAS

Data	Tipo
25/01/2023	Manifestação do MP
10/03/2023	Razões de Apelação

INCIDENTES, AÇÕES INCIDENTAIS, RECURSOS E EXECUÇÕES DE SENTENÇAS

Não há incidentes, ações incidentais, recursos ou execuções de sentenças vinculados a este processo.

APENSOS, ENTRANHADOS E UNIFICADOS

Não há processos apensados, entranhados e unificados a este processo.

AUDIÊNCIAS

Não há Audiências futuras vinculadas a este processo.

Prefeitura Municipal de Igarapava

PREFEITO MUNICIPAL

LEI Nº 552 – DE: 20.06.2013

ESTABELECE A COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

ENGº CARLOS AUGUSTO FREITAS, Prefeito Municipal de Igarapava, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais;

FAZ SABER QUE: A Câmara Municipal aprovou e ele promulga e sanciona a seguinte Lei;

CAPÍTULO I
DA INSTITUIÇÃO

Art. 1º - A presente Lei regula a composição e atribuições do Conselho Municipal de Saúde do Município de Igarapava.

CAPÍTULO II
DA DEFINIÇÃO

Art. 2º - O Conselho Municipal de Saúde de Igarapava, é um órgão colegiado, com funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras, consultivas e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivos básicos à atuação na formulação e proposição de estratégias e no controle e avaliação da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, constituindo-se no órgão colegiado máximo, responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde do Município de Igarapava.

CAPÍTULO III
DAS DIRETRIZES BÁSICAS DE ATUAÇÃO

Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde de Igarapava observará no exercício de suas atribuições as seguintes diretrizes básicas e prioritárias:

I - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas social e econômica que visem a redução do risco de doença e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

II - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes;

a - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

b - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

c - participação da comunidade;

III - Uma política de saúde pública que assegure dimensão preventiva (saneamento básico, gestão ambiental, educação sanitária e ambiental) e assistencial, garantindo a universalização e o acesso igualitário a um ambiente sadio e aos serviços de saúde, a toda a população do Município de Igarapava;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1MB-KFWY-64RT-6SEC

IV - O aprofundamento da integralidade e melhoria da qualidade ambiental e dos cuidados com a saúde pública nos âmbitos individual e coletivo;

V - A integração, hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde, instituindo-se um sistema de referência e contra referência, com eficiência, conforme as características produtivas, ecológicas e epidemiológicas de cada região, bairro, vila e distrito;

VI - A descentralização efetiva das ações de saúde, através de mecanismos de incremento de responsabilidade dos níveis locais na gerência de setor;

VII - A constituição e pleno desenvolvimento de instâncias colegiadas, gestoras das ações de saúde, em todos os níveis, com ampla garantia de participação das representações populares e da democratização das decisões;

VIII – O Conselho Municipal de Saúde de Igarapava se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu regimento interno e as reuniões serão abertas ao público;

IX – As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo da metade do total de seus integrantes acrescentado de mais um de seus integrantes ou seja a maioria absoluta;

X – A cada três meses deverão constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de Saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na Rede Assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o artigo 12 da Lei n° 8.689/93;

XI – O Conselho Municipal de Saúde de Igarapava, desde que, com a devida justificativa, buscará auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do gestor do SUS, ouvido o Ministério Público;

XII - O Conselho Municipal de Saúde de Igarapava terá poder de decisão sobre o seu orçamento, além de gerenciar seus recursos.

CAPÍTULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º - São atribuições do Conselho Municipal de Saúde de Igarapava:

I – Definir e aprovar diretrizes para elaboração do Plano Diretor de Saúde do Município e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

II - Aprovar a instalação ou desativação de serviços públicos de saúde;

III - Aprovar a contratação de serviços privados de saúde no Município, levando em consideração a demanda, cobertura, distribuição geográfica, grau de complexidade, articulação no sistema e destinação de recursos financeiros;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1MB-KFWY-64RT-6SEC

IV – Planejar, acompanhar e aprovar a movimentação e destinação de recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde, a ser constituído pelo repasse de verbas da União, do Estado e recursos próprios do Município alocados no setor;

V – Analisar, fiscalizar e aprovar a prestação de contas controlando os gastos e deliberando sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde incluindo o Fundo Municipal de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado e União;

VI - Fiscalizar as unidades públicas e privadas prestadoras e serviços de saúde, à luz das leis, códigos e regulamentos que organizem suas atividades, propondo ao Poder Público a intervenção, interdição ou outra medida que julgar necessária, no sentido de garantir a promoção, proteção e recuperação de saúde individual ou coletiva;

VII - Fiscalizar as unidades contratadas e públicas prestadoras de serviços de saúde com base no Plano Diretor de Saúde, quanto ao desempenho, qualidade dos serviços, grau de resolutividade e articulação no Sistema Único de Saúde, propondo medidas no sentido de garantir, além da consecução do Plano, melhorias em termos qualitativos e quantitativos dos serviços oferecidos;

VIII - Solicitar a colaboração de servidores de qualquer graduação funcional, para participarem da elaboração de estudos, no esclarecimento de dúvidas, para proferir palestras técnicas ou ainda prestarem esclarecimentos sobre as atividades desenvolvidas pelo órgão a que pertencem;

IX - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;

X – Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente;

XI – Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do conselho, nas suas respectivas instâncias;

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da Saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observadas o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes;

XIII – Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e as informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhadas do devido assessoramento;

XIV – Estabelecer ações de informações, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;

XV – Deliberar sobre os programas de Saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao poder legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1MB-KFWY-64RT-6SEC

XVI – Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências Municipais de Saúde;

XVII- Atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho Municipal de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

CAPÍTULO V
DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º – O Conselho Municipal de Saúde de Igarapava terá composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados, sendo composto por representantes de usuários de trabalhadores de saúde, do governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

I – A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde, de acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contemplados dentre outras as seguintes representações:

a – 50% de entidades de usuários: de associações de portadores de patologia; de associações de portadores de deficiências; de entidades indígenas; de movimentos sociais e populares organizados; movimentos organizados de mulheres, em saúde; de entidades de aposentados e pensionistas; de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; de entidades de defesa do consumidor; de organizações de moradores; de entidades ambientalistas; de organizações religiosas;

b – 25% de entidades dos trabalhadores de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe; da comunidade científica; de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; entidades patronais;

c - 25% de representantes de governo interligado na área de saúde, tendo obrigatoriamente um representante da Secretaria Municipal de Saúde e entidades dos prestadores de serviços de saúde;

II – Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos, entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes com a recomendação de que ocorra renovação de seus representantes. A cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao seu critério, deverão promover a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas.

III – A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro;

IV – A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1MB-KFWY-64RT-6SEC

V – Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS);

VI – A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde. Contudo no exercício de sua função, o conselheiro deve estar ciente de que, responderá conforme legislação vigente por todos os seus atos.

VII - As reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde deverão ser abertas ao público e acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade.

Parágrafo Único - Em hipótese alguma, uma mesma pessoa poderá ter mais que uma representação no Conselho Municipal de Saúde.

Art. 6º - O mandato dos membros titulares e suplentes do Conselho Municipal de Saúde de Igarapava será definido no REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO, pelas respectivas representações, não devendo coincidir com o mandado do governo municipal, podendo os conselheiros ser reconduzidos apenas em mais um mandato, a critério das respectivas representações.

Parágrafo Único – O presidente do Conselho Municipal de Saúde será eleito entre os membros do Conselho em reunião plenária, bem como o vice-presidente e, 1° e 2° secretários, escolhidos dentre os seus membros e por eles próprios, através de votação direta e secreta.

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 7º - O Conselho Municipal de Saúde terá sua organização e normas de funcionamento definidos em regimento próprio, elaborado e aprovado pelos seus membros.

Art. 8° - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a **Lei n° 1575 de 06 de Dezembro de 1991.**

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA,
Aos vinte de junho de 2013.

ENGº CARLOS AUGUSTO FREITAS
Prefeito Municipal

REGISTRADA. Publicada e arquivada no livro próprio, na data supra.

ELISABETE MATHEUS RODRIGUES DE SANTANA
Diretor Departamento Administrativo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1MB-KFWY-64RT-6SEC

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA
RUA SÃO SALVADOR, 70
16 3172 3086
igarapavasaude@gmail.com

Oficio n. 498/2023 – SMS

Igarapava, 02 de agosto de 2023

NOTIFICAÇÃO POR DESCUMPRIMENTO DE SOLICITAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS

Senhor Presidente:

O **MUNICÍPIO DE IGARAPAVA**, pessoa jurídica de direito público, com sede na Rua Dr. Gabriel Vilela, n° 413, na cidade de Igarapava/SP, inscrito no CNPJ sob n. 45.324.290/0001-67, neste ato legalmente representada pelo Prefeito Municipal Exmo. José Ricardo Rodrigues Mattar, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG n° 23.646.285 SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o n.°162.070.128-60, residente e domiciliado nesta Cidade e Comarca de Igarapava, Estado de São Paulo, através do **DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA**, representada por seu titular, Gestor Municipal do SUS, nos Termos da Lei 8080/90, Diretoria Municipal de Saúde, pelo diretor **JOSE ANDRE NETO** , brasileiro, solteiro, médico, portador do RG n. 47.361.904 – SSP SP – CPF: 409.930.728-01, residente na Rua Coronel Joaquim Alves Ferreira, 367, Centro – Igarapava – SP, **NOTIFICA EXTRAJUDICIALMENTE** o **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA**, com sede à Avenida Francisco Batista de Souza, 722 – Vila Gomes – Igarapava, devidamente representado pelo por **EDSON XAVIER BISINOTO,** sito à Rua Fiod Antoonio, 25 – Centro – Igarapava – SP, pelo descumprimento Requisição № 70/2023 MF Processo TC-004402.989.2 – do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo **(item 4 e item 6)** , com referência à entrega do Parecer do Conselho de Saúde bem como a entrega da Ata da reunião ocorrida em 15/06/2023, conforme notificaçã do Controle Interno da Prefeitura Municipal de Igarapava.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1MH-J1MV-5RPW-5WOS
Assinado por 1 pessoa: JOSÉ ANDRÉ NETO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://assinaturas.certisign.com.br/verificador

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA
RUA SÃO SALVADOR, 70
16 3172 3086
igarapavasaude@gmail.com

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA – UR.17

Requisição Nº	70/2023 MF
Processo	TC-004402.989.23
Órgão	Prefeitura Municipal de Igarapava
Exercício	Acompanhamento - 1º Semestre de 2023
Prazo	16.06.2023 – Encaminhar por e-mail

Prezados,

Vimos por meio deste, requisitar nos termos do artigo 25 da Lei Complementar nº 709/1993, que seja providenciada a documentação abaixo elencada para que possamos dar andamento à fiscalização de acompanhamento semestral de 2023:

1. Declaração de Atualização cadastral do CadTCESP do Prefeito;
2. Norma que regulamenta o controle interno e da portaria de nomeação do responsável pelo setor de controle interno no exercício de 2023 (no caso de inexistência de nomeação, favor elaborar certidão negativa);
3. Todos relatórios produzidos pelo setor de controle interno em 2023 (*favor substituir por declaração negativa, caso não tenham sido emitidos relatórios desta natureza)*;
4. Cópia das audiências públicas da saúde e parecer do Conselho de Saúde relativo ao 1º quadr/23 (LC141/2012, art. 36, § 5º);
5. Cópia da Ata de audiência pública exigida pelo art. 9º § 4º da LRF (cumprimento de metas fiscais) – 1ºquadr/23;
6. Cópia de todas as atas do conselho municipal de saúde de 2023;
7. Plano Municipal de Saúde 2022-2025;
8. Relatório sobre o resultado do atingimento das metas e indicadores constantes na programação do Plano Municipal de Saúde Diretriz nº 1 (Garantir o acesso da população

Neste sentido, determina-se a **ENTREGA IMEDIATA dos documentos solicitados no prazo de prazo de 48 (quarenta e oito) horas.**

Pelo mesmo período, é assegurado ao Presidente do Conselho Municipal de Saúde o direito de se manifestar, em respeito ao contraditório e ampla defesa.

Jose Andre Neto
Diretor
Departamento Municipal de Saúde

Ilmo. Sr.
Edson Xavier Bisinoto
Presidente – Conselho Municipal de Saúde de Igarapava

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO, Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1MH-J1MV-5RPW-5WOS
Assinado por 1 pessoa: JOSÉ ANDRÉ NETO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://ingarapava.etce.tce.sp.gov.br/autenticidade

Conselho Municipal de Saúde
de Igarapava
Av. Francisco Batista de Souza,
n. 722
Vila Gomes

OFICIO 24/2023 – CMS

NOTIFICAÇÃO EXTRAJUDICIAL

O Conselho Municipal de Saúde, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo com vistas a formulação de estratégias, fiscalização e controle da execução da política do sistema único de saúde na instancia correspondente, parte integrante da estrutura básica da Secretaria de Saúde do Município de Igarapava – São Paulo, conforme dispõe o regimento interno 2179 de 25 de outubro de 2019, através do presidente ***Sr. EDSON XAVIER BISINOTO***, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 15.933.697 , inscrito no CPF sob o nº 046.833.478-57, residente e domiciliado a rua Fiod Antônio, nº 25, Centro, Igarapava – São Paulo, ***NOTIFICA EXTRAJUDICIALMENTE OS EX. SECRETARIOS DA MESA ADMINISTRATIVA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE SENHORES ADILSON MORAIS FREITAS,*** brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 105.127.528-85, residente e domiciliado a rua Manoel Zeferino de Paulo, nº 433, CEP 14540-000, Igarapava – São Paulo, e ***JORGE LUIZ RODRIGUES,*** inscrito no CPF 743.513.628-04, domiciliado a Rua Dr. Gabriel Vilela, 259, Igarapava/SP, CEP 14540-000, ***para apresentar no prazo de 48 horas os seguintes documentos:***

- **ATA** DA REUNIÃO ORDINÁRIA REALIZADA EM 29/04/2023;
- **ATA** DA REUNIÃO ORDINÁRIA REALIZADA EM 31/05/2023;
- **ATA** DA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA REALIZADA EM 15/06/2023;
- **ATA** DA REUNIÃO EXTRAORDINARIA REALIZADA EM 21/06/2023;
- **ATA** DA REUNIÃO ORDINARIA REALIZADA EM 28/06/2023;

- **RESOLUÇÃO** DE DESAPROVAÇÃO DO RAG 2022;
- **RESOLUÇÃO** DE APROVAÇÃO DO PAS 2023;
- **RESOLUÇÃO** DA CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DA UBS, ESF, POSTO CENTRAL E SANTA CASA DE MISERICORDIA DE IGARAPAVA;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1OU-DWAD-7BGT-65A4

MEMBROS: - SR. MARIO

SR. ADILSON

SR. ANDRE CLEMENTINO

SRA. JANAINA

- **RESOLUÇÃO** DA DECISÃO DA PLENÁRIA EM REALIZAR A AUDITORIA ASSISTENCIAL E CONTÁBIL NA SANTA CASA DE IGARAPAVA;

- **RESOLUÇÃO** APROVANDO A MUDANÇA DE HORÁRIO DAS REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE PARA AS 18;00 HORAS;

- **PARECER** DA PLENARIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE PELA DESAPROVAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO 1º QUADRIMESTRE 2023;

- **PARECER** DA COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS DA DESAPROVAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO 1º QUADRIMESTRE 2023; (SOLICITAR A COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS);

- **RECOMENDAÇÃO** DE AUDITORIA ASSISTENCIAL E CONTÁBIL NA SANTA CASA DE IGARAPAVA;

- **OFÍCIOS** PARA APURAR QUESTÕES RELATIVAS À COLETA E AMOSTRA DE ÁGUA E ALIMENTOS

1 – PARA CETESB;

2 – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL;

3 - MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL;

4 – CÂMARA DE VEREADORES;

- **DENUNCIA** DOS CASOS APRESENTADOS NAS REUNIÕES EXTRAORDINÁRIA DO DIA 05 E 12 DE ABRIL DE 2023, DEVENDO SER ENCAMINHADA A CÂMARA DE VEREADORES, MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL, E CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA;

- **ENCAMINHAMENTO** DE EMAIL PARA O DIRETOR DE SAUDE PARA PUBLICAÇÃO DAS RESOLUÇÕES;

Tendo em vista Notificação Extrajudicial do Departamento de Saúde de Igarapava pelo descumprimento de requisição nº 70/2023 MF Processo TC –

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1OU-DWAD-7BGT-65A4

004402.989.2 – Tribunal de contas do Estado de São Paulo, com referencia a entrega de parecer do Conselho de Saúde bem como a entrega da Ata da reunião ocorrida em 15/06/2023, conforme notificação do controle interno da Prefeitura Municipal de Igarapava, bem como a necessidade de estar o Conselho de Saúde com sua documentação em ordem, sendo de competência dos secretários a confecção dos documentos conforme regimento interno art. 14 e seus incisos.

Desta forma fica determinado a ***ENTREGA IMEDIATA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS NO PRAZO DE 48 (Quarenta e Oito) horas***, uma vez que os documentos já estão atrasados e vem sendo cobrados constantemente por este presidente nas reuniões ordinárias e extraordinárias e grupo de whatsapp do Conselho Municipal de Saúde, estando atrasado a documentação a pelo menos 120 (cento e vinte dias), tempo suficiente para que a documentação fosse confeccionada.

Edson Xavier Bisinoto
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1OU-DWAD-7BGT-65A4

Ofício Interno/Memorando 3.201/2023

De: Giovana I. - GP-SCI

Para: DS - Departamento de Saúde

Data: 02/08/2023 às 09:28:54

Setores envolvidos:

GP-SCI, DS

Notificação

Senhor Diretor,

Venho por intermédio deste **NOTIFICAR** o Conselho Municipal de Saúde, devido ao não cumprimento das obrigações legais estabelecidas pelo Calendário Anual de Obrigações do Sistema Audesp (Sistema de Auditoria Eletrônica responsável pela coleta de dados dos órgãos jurisdicionados ao TCESP). **Os Pareceres Quadrimestrais do Conselho Municipal de Saúde e as Atas das Audiências Públicas**, referentes aos Relatórios apresentados pelos gestores locais, fazem parte deste rol.

Verificamos que até o momento não foram entregues os seguintes documentos:

1. **NÃO** elaboração das Atas de reuniões referentes ao 1º quadrimestre de 2023;
2. **NÃO** elaboração dos Pareceres referentes ao 1º quadrimestre de 2023.

Destaco que o não cumprimento das obrigações legais estabelecidas pela legislação acarretará consequências legais, além de prejudicar os serviços de saúde aos munícipes.

Diante do exposto, solicito que a tomem as medidas necessárias e imediatas para regularizar a situação, cumprindo integralmente as obrigações legais estabelecidas.

Certos de sua compreensão e colaboração, colocamo-nos à disposição.

Atenciosamente,

-

Giovana Gabrieli Campos Ienny

Controle Interno

_

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1OA-F90M-6Q37-2VBO

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1OA-F90M-6Q37-2VBO

Assinado digitalmente (emissão) por:

Assinante	Data	Assinatura	
Giovana Gabrieli Campos Ie...	02/08/2023 09:29:16	1Doc	GIOVANA GABRIELI CAMPOS IENNY CPF 406.XXX.XX...

Para verificar as assinaturas, acesse **https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/** e informe o código: **5560-C0D2-9CCC-87E8**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1OA-F90M-6Q37-2VBO

Ofício Interno/Memorando 1- 3.201/2023

De: Giovana I. - GP-SCI

Para: DS - Departamento de Saúde

Data: 09/08/2023 às 08:55:02

Senhor Diretor,

Venho respeitosamente reiterar a **URGÊNCIA**da entrega do Parecer do Conselho de Saúde e da Ata de de Audiência, que venceram no prazo de entrega no dia 15/06/2023.

Lembrando que os prazos fazem parte do Calendário de Obrigações do Sistema Audesp e o seu não cumprimento acarretará multas e sanções ao município.

Certos de sua compreensão e colaboração, colocamo-nos à disposição.

Atenciosamente,

-

Giovana Gabrieli Campos Ienny

Controle Interno

_

Assinado digitalmente (emissão) por:

Assinante	Data	Assinatura	
Giovana Gabrieli Campos Ie...	09/08/2023 08:56:06	1Doc	GIOVANA GABRIELI CAMPOS IENNY CPF 406.XXX.XX...

Para verificar as assinaturas, acesse **https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/** e informe o código: **7CE2-D07F-5CB9-D275**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1OA-F90M-6Q37-2VBO

RELATÓRIO GERENCIAL :: SITUAÇÃO DE ENTREGA

INFORMAÇÕES SOBRE O RELATÓRIO

Data/Hora de Geração do Relatório: 21/08/2023 14:22

Data/Hora da Última Atualização da Situação de Entrega: 21/08/2023 03:28

DADOS INFORMADOS:

Município: Igarapava

Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Período: 1/2023 à 7/2023

Município	Entidade	Tipo de Documento	Referência	Ano	Dt. Prazo de Entrega	Entregue	Entregue no Prazo	Dt. de Entrega	Conselheiro	Auditor	Área
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	11	2022	12/01/2023	Sim	Não	02/03/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	12	2022	01/02/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	1	2023	15/03/2023	Sim	Não	11/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	2	2023	27/03/2023	Sim	Não	17/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	3	2023	20/04/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	4	2023	22/05/2023	Sim	Sim	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	5	2023	20/06/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	6	2023	20/07/2023	Sim	Não	07/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	11	2022	12/01/2023	Sim	Não	02/03/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	12	2022	01/02/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	1	2023	15/03/2023	Sim	Não	11/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	2	2023	27/03/2023	Sim	Não	17/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	3	2023	20/04/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	4	2023	22/05/2023	Sim	Sim	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	5	2023	20/06/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	6	2023	20/07/2023	Sim	Não	07/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LDO-LEI-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LOA-LEI-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LDO-INICIAL-ATA-AUDIENCIA-ELABORACAO	1	2023	01/02/2023	Sim	Não	07/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LOA-INICIAL-ATA-AUDIENCIA-ELABORACAO	1	2023	01/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-AVALIAÇÃO-CUMPRIMENTO-METAS	12	2022	15/03/2023	Sim	Não	14/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-AVALIAÇÃO-CUMPRIMENTO-METAS	4	2023	15/06/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-FUNDEB	12	2022	01/02/2023	Sim	Sim	04/04/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-FUNDEB	3	2023	02/05/2023	Sim	Não	17/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-SAUDE	12	2022	15/03/2023	Sim	Não	04/05/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-ACOES-SAUDE	12	2022	15/03/2023	Sim	Não	12/05/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	4	2023	31/05/2023	Sim	Sim	24/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	4	2023	31/05/2023	Sim	Sim	24/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	8	2022	30/01/2023	Sim	Sim	29/09/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	10	2022	30/01/2023	Sim	Sim	15/12/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	2	2023	31/07/2023	Sim	Não	02/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	4	2023	31/07/2023	Sim	Sim	24/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	8	2022	30/01/2023	Sim	Sim	29/09/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	10	2022	30/01/2023	Sim	Sim	15/12/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	15/05/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	2	2023	31/07/2023	Sim	Não	02/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previdenciárias	4	2023	31/07/2023	Sim	Sim	24/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	8	2022	30/01/2023	Sim	Sim	29/09/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	10	2022	30/01/2023	Sim	Sim	15/12/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	2	2023	31/07/2023	Sim	Não	02/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	4	2023	31/07/2023	Sim	Sim	24/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	8	2022	30/01/2023	Sim	Sim	29/09/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	10	2022	30/01/2023	Sim	Sim	15/12/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	2	2023	31/07/2023	Sim	Não	02/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	4	2023	31/07/2023	Sim	Sim	24/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	8	2022	30/01/2023	Sim	Sim	29/09/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	10	2022	30/01/2023	Sim	Sim	15/12/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	2	2023	31/07/2023	Sim	Não	02/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	4	2023	31/07/2023	Sim	Sim	24/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Oper. Crédito X Desp. Capital	1	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Projeção Atuarial do RPPS	1	2022	03/03/2023	Sim	Não	17/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Aplic. Recursos de Alienação de Ativos	1	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RGF - Executivo	8	2022	30/01/2023	Sim	Sim	03/10/2022	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RGF - Executivo	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	19/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RGF - Executivo	4	2023	31/07/2023	Sim	Sim	23/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Remuneração Cargos e Empregos Públicos	1	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Aplic. na Manut. e Deserv. do Ensino	12	2022	01/02/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Aplic. na Manut. e Deserv. do Ensino	3	2023	02/05/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção	12	2022	01/02/2023	Sim	Não	20/04/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção	4	2023	31/05/2023	Sim	Sim	24/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações	12	2022	01/02/2023	Sim	Sim	25/01/2023	Dr. Renato Martins Costa		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações	4	2023	31/05/2023	Sim	Sim	24/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes		UR-17

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1NP-2CB3-8H6E-7UF4

Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	SisCAA	12	2022	31/01/2023	Sim	Sim	30/01/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-ATUALIZADA	12	2022	31/01/2023	Sim	Não	05/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-ATUALIZADA	4	2023	31/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-ATUALIZADA	12	2022	31/01/2023	Sim	Não	05/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-ATUALIZADA	4	2023	31/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-PPA-ATUALIZADO	12	2022	31/01/2023	Sim	Não	05/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-PPA-ATUALIZADO	4	2023	31/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Relatório de Atividades	12	2022	06/03/2023	Sim	Não	14/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Relação de Contratos de Concessão e Permissão de Serviço	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Mapa de Precatórios	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	10/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Fixação da Remuneração de Agentes Políticos	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Concessão de Reajuste de Agentes Políticos	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Dados de Balanços Isolados	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	14/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Questionário de Serviços de Saneamento Básico	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Questionário de Contratos de Programa	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	11	2022	23/01/2023	Sim	Não	02/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	12	2022	27/02/2023	Sim	Não	05/04/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	1	2023	27/03/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	2	2023	10/04/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	3	2023	02/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	4	2023	01/06/2023	Sim	Não	07/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	5	2023	30/06/2023	Sim	Não	08/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	i-GOV TI	12	2022	31/03/2023	Sim	Sim	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	i-EDUC	12	2022	31/03/2023	Sim	Sim	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	i-SAÚDE	12	2022	31/03/2023	Sim	Sim	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	i-PLANEJAMENTO	12	2022	31/03/2023	Sim	Sim	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	i-FISCAL	12	2022	31/03/2023	Sim	Sim	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	i-AMB	12	2022	31/03/2023	Sim	Sim	29/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	i-CIDADE	12	2022	31/03/2023	Sim	Sim	29/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	iEG-Prev	12	2022	31/03/2023	Sim	Sim	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	12	2022	10/01/2023	Sim	Não	25/01/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	1	2023	10/02/2023	Sim	Sim	08/02/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	2	2023	10/03/2023	Sim	Não	18/03/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	3	2023	10/04/2023	Sim	Não	14/04/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	4	2023	10/05/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	5	2023	12/06/2023	Sim	Não	16/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Mensal	6	2023	10/07/2023	Sim	Não	01/08/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-13-CONTA-CONT	13	2022	16/02/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-13-CONTA-CORF	13	2022	16/02/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-14-CONTA-CONT	14	2022	03/03/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-14-CONTA-CORF	14	2022	03/03/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa	UR-17

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1NP-2CB3-8H6E-7UF4

confiatta.

Igarapava, 21 de agosto de 2023.

Exma. Sra.
Dra. CRISTIANA DE CASTRO MORAES
DD. Conselheira do E. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo/SP

Processo: eTC-4402/989/23-0
Órgão Público: Prefeitura Municipal de Igarapava
Assunto: Controle de Prazos das Resoluções e Instruções
Exercício: 2023

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, Prefeito do Município de Igarapava, através de seu advogado que a presente subscreve, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, em atendimento ao r. despacho publicado no Diário Oficial do Estado do dia 28 de julho de 2023, para informar e requerer o quanto segue:

Conforme se extrai dos autos, foi expedida notificação para o oferecimento de esclarecimentos pertinentes, relativo à alegação da existência de atraso no envio de documentos e informações que deveriam ser remetidos via AUDESP, em relação aos quais alega-se intempestividade da remessa.

Assim, com relação aos referidos documentos, cumpre ao Peticionário contemporizar, conforme pode ser verificado junto ao próprio sistema AUDESP e correspondentes relatórios, que inobstante o atraso, REFERIDOS DOCUMENTOS FORAM DEVIDAMENTE ARMAZENADOS (DOC 01), razão pela qual entende-se que tal lapso pode ser relevado por essa E. Corte de Contas, vez que não decorreram de qualquer ato doloso, mas de mero acúmulo de serviços do servidor responsável que, contudo, não causou qualquer prejuízo ao erário ou ao interesse público, tampouco à transparência dos dados, posto que foram os mesmos devidamente encaminhados para análise e fiscalização dessa E. Corte de Contas.

Outrossim, nobre Conselheira, cumpre destacar, que apenas dois documentos, quais sejam: (1) Parecer do Conselho de Saúde, e (2) Ata de Audiência das Ações da Saúde, informamos que, realmente, não foram esses transmitidos via sistema AUDESP, haja vista a sua não entrega, por parte do Conselho Municipal de Saúde, apesar de tantas insistências da parte da Administração Municipal. Trata-se, pois, de uma impossibilidade de remessa ao AUDESP por fatos totalmente alheios à nossa vontade.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1OO-GDQW-6NMI-5CK8

Município	Entidade	Tipo Doc.	Prazo	Mês	Ano	Entreg.
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-SAUDE	15/06/2023	Abril	2023	Não
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-ACOES-SAUDE	15/06/2023	Abril	2023	Não

Importante inclusive contemporizar que consoante comprova-se por meio das Notificações e Ofício anexo (DOC 02, 03 e 04), o Município adotou providências no sentido de formalmente documentar o processo de cobrança do parecer e da ata do conselho de saúde ainda pendentes, tentativa de cobrança essa que, lamentavelmente, também restou infrutífera.

Esclareça-se, ainda, dada a composição mista dos membros conselho de saúde, consoante determina a Lei Municipal instituidora do mesmo (DOC 5), haja vista a natureza e características de independência e absoluta não vinculação à Gestão, da qual deve-se revestir, não existe a possibilidade de pronta destituição de seus membros por parte do Chefe do Poder Executivo Municipal, sendo que a situação (juntamente com outras mais) também foi objeto de ajuizamento de uma ação judicial - Processo nº 1000060-06.2023.8.26.0242 -, tendo como autor o Município, que por sua vez atualmente se encontra em sede recursal (DOC 6).

O fato é que não pretende a Prefeitura Municipal de Igarapava, tampouco seu Prefeito, escusar-se das suas responsabilidades, o que se pretende esclarecer é que muito embora essa Administração e seu Gestor estejam empenhados em cumprir integralmente os prazos das Resoluções e Instruções dessa E. Corte, realmente, o atendimento dos prazos concernentes a esses dois documentos não foram cumpridos por razões que efetivamente fogem ao nosso controle e gestão.

É imperioso consignar que em momento algum houve desídia desta Prefeitura em relação às obrigações de prestar contas ou de remeter informações ao sistema AUDESP, muito pelo contrário, sempre nos mostramos preocupados em solucionar os problemas com o envio das mesmas.

Em face do exposto, entendemos que a aplicação de qualquer penalidade, neste momento, revelar-se-ia medida desproporcional diante dos fatos tratados nestes autos, mormente considerando o ininterrupto trabalho que vem sendo realizado para adequação do sistema e para que haja a devida remessa dos dados referentes à prestação de contas, sendo certo que se ocorreram duas pontuais falhas de atraso, ALÉM DA AUSÊNCIA DE QUALQUER ATO DE DESÍDIA OU DESCUIDO DE NOSSA PARTE (AO REVÉS, TRATA-SE DE UM CASO FORTUITO E UMA HIPÓTESE DE EXCEÇÃO), EFETIVAMENTE ESTÃO SENDO ADOTADAS AS MEDIDAS NECESSÁRIAS PARA O SEU CABAL SANEAMENTO, razão pela qual rogamos a Vossa Excelência possam as mesmas ser relevadas, pelo menos neste momento.

Atenciosamente,

JULIO CESAR MACHADO
OAB/SP 330.136

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-S1OO-GDQW-6NMI-5CK8

PROCESSO:	**00004402.989.23-0**
ÓRGÃO:	▪ PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA (CNPJ 45.324.290/0001-67) ▪ **ADVOGADO:** JULIO CESAR MACHADO (OAB/SP 330.136)
ASSUNTO:	Contas de Prefeitura - Exercício de 2023
EXERCÍCIO:	2023
INSTRUÇÃO POR:	UR-17
PROCESSO(S) DEPENDENTES(S):	00008955.989.23-1

Exma. Sra. Conselheira,

Tratam os presentes autos das contas da Prefeitura Municipal de Igarapava do exercício de 2023.

Realizado o acompanhamento das contas relativo ao 1º Semestre de 2023 a fiscalização elaborou o relatório juntado no presente evento.

A origem foi cientificada da disponibilização do relatório, via mensagem eletrônica, pelo *Sistema de Processo Eletrônico e-TCESP*.

Posto isso, submeto os autos à elevada consideração de Vossa Excelência.

Ituverava, 18 de agosto de 2023.

RODRIGO MARQUES RODRIGUES
Diretor Técnico de Divisão

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: RODRIGO MARQUES RODRIGUES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RWRE-6IXE-6OKQ-F8N3

TCESP
Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo

UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA
(16) 3839-0943 - ur17@tce.sp.gov.br

PROCESSO:	**00004402.989.23-0**
ÓRGÃO:	▪ PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA (CNPJ 45.324.290/0001-67) ▪ **ADVOGADO:** JULIO CESAR MACHADO (OAB/SP 330.136)
ASSUNTO:	Contas de Prefeitura - Exercício de 2023
EXERCÍCIO:	2023
INSTRUÇÃO POR:	UR-17
PROCESSO(S) DEPENDENTES(S):	00008955.989.23-1

Excelentíssimo Senhor Prefeito,

Servimo-nos do presente para cientificar-lhe de que o relatório de nossa inspeção *in loco*, referente à análise dos dados do 1º semestre de 2023, encontra-se disponível para conhecimento, por meio da WEB, no processo eletrônico supramencionado.

Apresento-lhe protestos de estima e apreço.

GDUR-17, 18 de agosto de 2023.

RODRIGO MARQUES RODRIGUES
Diretor Técnico de Divisão

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: RODRIGO MARQUES RODRIGUES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RWG7-GHKB-6QSG-4Y4H

PROCESSO:	**00004402.989.23-0**
ÓRGÃO:	▪ PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA (CNPJ 45.324.290/0001-67) ▪ **ADVOGADO:** JULIO CESAR MACHADO (OAB/SP 330.136)
ASSUNTO:	Contas de Prefeitura - Exercício de 2023
EXERCÍCIO:	2023
INSTRUÇÃO POR:	UR-17
PROCESSO(S) DEPENDENTES(S):	00008955.989.23-1

Senhor Diretor da Unidade Regional de Ituverava,

Tratam os presentes autos do acompanhamento do 1º semestre das contas da Prefeitura Municipal de Igarapava, relativo ao exercício de 2023, cujo Relatório elaborado pela Fiscalização encontra-se juntado neste evento. Em face do apontado, ratifico a conclusão apresentada.

Isto posto, submeto os autos à consideração de Vossa Senhoria.

Ituverava, 18 de agosto de 2023.

Marcos José de Castro
Chefe Técnico da Fiscalização

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MARCOS JOSE DE CASTRO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RWHJ-IV1E-6R8F-3IFW

RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO – ACOMPANHAMENTO SEMESTRAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Processo	:	TC-004402.989.23
Entidade	:	Prefeitura Municipal de Igarapava
Assunto	:	Contas Anuais
Período Examinado	:	1º Semestre de 2023
Prefeito	:	José Ricardo Rodrigues Mattar
CPF nº	:	162.070.128-60
Período	:	01.01.2023 a 30.06.2023
Relatoria	:	Cristiana de Castro Moraes
Instrução	:	UR-17 / DSF-II

Senhor Chefe Técnico da Fiscalização,

O presente relatório trata do acompanhamento periódico das Contas da Prefeitura Municipal em tela, selecionada pelo sistema *Áquila* deste Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCESP), com base em critérios específicos previamente estabelecidos, para ser fiscalizada *in loco*, neste período, em conformidade com a Ordem de Serviço SDG nº 01/2023.

Em atendimento ao TC-A-030973/026/00, registramos a notificação do responsável pelas contas em exame, conforme retro (Arq. 01 deste evento). A respectiva declaração de atualização cadastral (CadTCESP) está colacionada no Arq. 02 deste evento.

A partir do diagnóstico preliminar apresentado abaixo, a Fiscalização planejou a execução de seus trabalhos de análises de conformidade e de resultado operacional do período, destacando-se a análise das seguintes fontes documentais:

1. Indicadores finalísticos componentes do IEG-M – Índice de Efetividade da Gestão Municipal;

2. Prestações de contas mensais do exercício em exame, encaminhadas pela Chefia do Poder Executivo;

3. Resultado do acompanhamento simultâneo do Sistema Audesp, bem como acesso aos dados, informações e análises disponíveis no referido ambiente;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZZ-B4BX-7EQJ-75WU

4. Análise das informações disponíveis nos demais sistemas deste Tribunal de Contas;

5. Análise, baseada em amostragem, do planejamento orçamentário/financeiro (Plano Plurianual-PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias-LDO e Lei Orçamentária Anual-LOA), assim como do planejamento setorial (Planos Municipais);

6. Relatório de fiscalização ordenada (TC-008955.989.23-1);

7. Leitura analítica dos três últimos relatórios de fiscalização e respectivas decisões desta Corte, sobretudo no tocante a assuntos relevantes nas ressalvas, advertências e recomendações;

8. Outros assuntos relevantes obtidos em pesquisa aos sítios de transparência dos Órgãos Fiscalizados ou outras fontes da rede mundial de computadores.

Os resultados apresentam-se no presente relatório, antecedido pelo planejamento que indicou a necessária extensão dos exames.

PERSPECTIVA A: ASPECTOS PRELIMINARES DE INTERESSE

A.1. ÍNDICES E INDICADORES DA GESTÃO MUNICIPAL

Consignamos as informações preliminares sobre o Município que auxiliaram no planejamento da presente fiscalização.

DESCRIÇÃO	DADOS	ANO DE REFERÊNCIA
População	26.212 pessoas	2022
Densidade demográfica	55,97 hab./km²	2022
Extensão territorial	468,355 km²	2022
Atividade econômica predominante	Serviços	2020
Arrecadação municipal	R$ 163.115.157,14	2022
Receita Corrente Líquida	R$ 136.456.258,88	2022

Fonte: Dados e índices obtidos a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (disponível em https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/igarapava/panorama, acessado em 05/07/2023) e do Relatório de Instrução do mês de dezembro do exercício de 2022 do Portal da Transparência Municipal do TCESP (disponível em https://transparencia.tce.sp.gov.br/municipio/igarapava/2022, acessado em 05/07/2023).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZZ-B4BX-7EQJ-75WU

O Município possui, ainda, a seguinte série histórica de classificação no Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IEG-M), após validação da Fiscalização:

EXERCÍCIOS	2019	2020	2021	2022
IEG-M	**C** ↓	**C** ↑	**C** ↓	**C** ↑
i-Planejamento	C ↓	C+ ↑	C ↓	C ↓
i-Fiscal	B ↑	C ↓	B ↑	B ↓
i-Educ	C ↓	C ↑	C ↓	C ↓
i-Saúde	C ↓	B ↑	C+ ↓	C+ ↑
i-Amb	C ↓	C ↑	C ↓	C+ ↑
i-Cidade	C	C ↓	C ↑	C ↑
i-Gov-TI	C ↓	C ↑	C ↑	C ↑

A.2. HISTÓRICO DE EXERCÍCIOS ANTERIORES DA GESTÃO MUNICIPAL

Demonstramos a síntese do apurado pela Fiscalização nos 2 (dois) últimos exercícios:

ITENS	EXERCÍCIO 2021	EXERCÍCIO 2022
CONTROLE INTERNO	Parcialmente regular	Parcialmente regular
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Resultado no exercício	Superávit de 8,97%	– 6,70%
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Percentual de investimentos	5,68%	8,11%
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTÁ AMPARADO EM SUPERÁVIT FINANCEIRO DO EXERCÍCIO ANTERIOR?	Prejudicado	Sim
O DÉFICIT DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA FEZ SURGIR DÉFICIT FINANCEIRO?	Prejudicado	Não
DÍVIDA DE CURTO PRAZO	Favorável	Favorável
DÍVIDA DE LONGO PRAZO	Favorável	Favorável
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento/depósito de precatórios judiciais?	Sim	Não
PRECATÓRIOS - Foi suficiente o pagamento de requisitórios de baixa monta?	Sim	Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Geral de Previdência Social (INSS)?	Sim	Sim
ENCARGOS - Efetuados os recolhimentos ao Regime Próprio de Previdência Social?	Sim	Parcialmente
ENCARGOS – Está cumprindo parcelamentos de débitos de encargos?	Sim	Sim
TRANSFERÊNCIAS AO LEGISLATIVO - Os repasses atenderam ao limite constitucional?	Sim	Sim
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Despesa de pessoal em dezembro do exercício em exame	37,02%	34,94%
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Atendido o artigo 42 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal-LRF)?	Não se aplica	Não se aplica
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL - Atendido o artigo 21 da LRF?	Não se aplica	Sim
ENSINO - Aplicação na Educação - artigo 212 da Constituição Federal-CF (Limite mínimo de 25%)	25,25%	24,54%

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZZ-B4BX-7EQJ-75WU

ENSINO: Fundeb[1] aplicado (Limite mínimo): profissionais da educação básica em efetivo exercício (70%)	79,43%	88,53%
ENSINO - Recursos Fundeb aplicados no exercício	91,49%	100%
ENSINO - Se diferida, a parcela residual do montante recebido no exercício examinado, foi aplicada até o exercício seguinte, até 10% do recebido, com prazo até 30/04?	Não	PREJUDICADO
SAÚDE - Aplicação na Saúde (Limite mínimo de 15%)	20,51%	24,50%
Atendimento à Lei Orgânica, Instruções e Recomendações do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo	Parcialmente	Parcialmente

[1] Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb).

A Prefeitura analisada obteve, nos três últimos exercícios apreciados, os seguintes **Pareceres** de suas Contas:

Exercícios	Processos	Trânsito em julgado	Pareceres	Principais itens que ensejaram o parecer desfavorável
2018	004418.989.18	14/08/2020	Favorável com ressalvas	Não se aplica.
2019	004759.989.19	24/11/2021	Favorável com ressalvas	Não se aplica.
2020	003107.989.20	Pendente [1]	Desfavorável	Falta de recolhimento dos aportes ao RPPS e baixa efetividade da gestão municipal.

A.3. DENÚNCIAS/REPRESENTAÇÕES/EXPEDIENTES

As denúncias / representações / expedientes serão tratados no fechamento do exercício em exame, tendo em vista que, no momento, não concluímos a análise da matéria.

A.4. FISCALIZAÇÕES ORDENADAS DO PERÍODO

No período em exame, foi realizada a seguinte fiscalização ordenada:

Mês: Abril / 2023	**Tema: - Escolas – I Fiscalização Ordenada Nacional**
Fiscalização Ordenada nº	**02 / 2023**
TC e evento da juntada	TC-008955.989.23, evento 8.
Irregularidades verificadas:	Diversas irregularidades na estrutura física da escola. Tais ocorrências serão verificadas no fechamento das contas.

[1] Pedido de reexame, tratado no TC-006504.989.23, pendente de apreciação até o momento.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZZ-B4BX-7EQJ-75WU

A.5. FISCALIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO CONTROLE INTERNO

No período analisado não foram encontradas ocorrências dignas de nota.

A.6. OBRAS PARALISADAS

Tendo em vista informações fornecidas pela Origem e as verificações efetuadas no período em exame, não constatamos obras paralisadas no Município.

PERSPECTIVA B: FISCALIZAÇÃO OPERACIONAL DE PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Na fiscalização operacional realizada no período, observamos ocorrências dignas de nota no item abaixo descrito:

B.1. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO SAÚDE (i-Saúde/IEG-M)

Preliminarmente, constatamos que a série histórica do IEG-M para a correlata perspectiva demonstrou-se da seguinte maneira, nos quatro últimos exercícios:

EXERCÍCIOS	2019	2020	2021	2022
i-Saúde	C	B	C+	C+

De plano, consignamos que a nota C+, obtida nos dois últimos exercícios avaliados, evidencia a necessidade de mudança no direcionamento de certas políticas públicas e adoção de medidas no sentido de corrigir impropriedades de aspectos que compõem o IEG-M, visando à elevação dos conceitos e, consequentemente, ao aprimoramento e a uma maior efetividade dos serviços colocados à disposição da população.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZZ-B4BX-7EQJ-75WU

B.1.2. INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A atenção básica em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. É o atendimento inicial, seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade.

Considerando a importância desse nível de assistência em saúde, passamos a analisar o andamento das metas pactuadas pelo Município através da DIRETRIZ Nº 1 de seu Plano Municipal de Saúde (2022-2025) que visa garantir o acesso da população e aperfeiçoar a qualidade das ações e serviços de saúde no âmbito da atenção básica.

Foi elaborado pela Origem planilha (Arq. 03 deste evento) com o comparativo das metas e objetivos bem como os resultados alcançados, considerando o exercício de 2022 e o 1° quadrimestre de 2023, sendo que abaixo destacamos os seguintes indicadores:

Descrição da Meta	Meta Prevista		Meta alcançada	
	2022	2023	2022	2023
Manter ou ampliar a cobertura de atenção básica municipal	85%	85%	83,33%	83,33%
Melhorar o acesso a coleta de exames citopatológicos das mulheres de 25 a 64 anos.	40%	40%	24%	25%
Ampliar o acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial	50%	50%	36%	35%
Ampliar o acompanhamento de pacientes com diabetes	50%	50%	16%	20%

Conforme tabela acima, podemos observar que essas quatro metas pactuadas não foram atingidas no exercício de 2022 e possuem tendência de não serem alcançadas em 2023 uma vez que o primeiro quadrimestre do referido exercício contou com resultados abaixo dos estipulados.

Diante do exposto, no decorrer dos trabalhos, esta Fiscalização observou falhas que podem contribuir para o não atingimento das metas acima descritas, dentre as quais destacamos:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZZ-B4BX-7EQJ-75WU

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZZ-B4BX-7EQJ-75WU

- **Baixo número de Agentes Comunitários de Saúde**

Em nossa análise, foi constatado que o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Município não atende às diretrizes do Ministério da Saúde, que é de 1 ACS para cada 750 pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família.

Conforme documento emitido pela Origem (Arq. 04 deste evento) podemos observar que cinco das seis equipes de saúde da família do Município possuem número de ACS menor que o ideal.

Equipe de Saúde da Família	População cadastrada	Número de ACS	População / ACS
ESF Vila Gomes	3.957	4	989,25
ESF Saudade	3.672	3	1.224
ESF Evaristo	3.604	4	901
ESF Central	4.496	4	1.124
ESF Waldir	4.584	8	573
ESF Valda	4.584	5	916,8

A situação está em desacordo com a diretriz estabelecida pelo Ministério da Saúde através do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017 (Arq. 05, pág. 205, deste evento) que diz “cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas”.

Por fim, identificamos que não há no Município concurso vigente com habilitados para o cargo de Agente Comunitário de Saúde (Arq. 06 deste evento), sendo que o último concurso com habilitados ao referido cargo foi o 01/2020 com suas últimas admissões ocorridas em 01/03/2021 (Arq. 07 e 08, deste evento).

- **População total cadastrada por ESF maior que o recomendado**

Podemos verificar ainda que todas as equipes de saúde da família do Município de Igarapava possuem população total cadastrada maior que o máximo recomendado, uma vez que a Portaria nº 2/2017 do Ministério da Saúde (Arq. 05, pág. 202, deste evento) define o seguinte “População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas”; e todas ESFs possuem mais que 3.500 pessoas cadastradas.

B.1.3. Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros das Unidades de Saúde da Família

• Nenhuma Unidade de Saúde da Família possuí AVCB vigente

Conforme declarado pela Origem (Arq. 09 deste evento) nenhuma das seis Unidades de Saúde da Família possuí Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) vigente.

Equipe de Saúde da Família	Possuí AVCB vigente
ESF Evaristo Rodrigues Nunes	Não
ESF Waldir Dib Mattar	Não
ESF Valda Maria dos Santos Souza	Não
ESF Vila Gomes	Não
ESF Saudade	Não
ESF Central	Não

PERSPECTIVA C: FISCALIZAÇÃO CONTÁBIL, FINANCEIRA, ORÇAMENTÁRIA E PATRIMONIAL

C.1. CUMPRIMENTO DE DETERMINAÇÕES CONSTITUCIONAIS E LEGAIS – GESTÃO FISCAL

A análise foi prejudicada uma vez que a Prefeitura não encaminhou os balancetes no prazo para geração do relatório de instrução do período conforme arq. 10, neste evento.

Ressaltamos que a situação é recorrente, e diversos dados foram enviados com atrasos no sistema AUDESP em 2023, ou não foram enviados até o momento, conforme relatório de situação de entrega juntado no arq. 11 deste evento.

Informamos ainda que o Município recebeu vários alertas no decorrer do exercício de 2023 (Arq. 12 deste evento) quanto a ausência de envio de informações no sistema AUDESP.

Ademais, registramos que o Município também foi alertado pelo comunicado SDG n° 38/2023 (Arq. 13, pág. 15, deste evento) sobre o não envio de balancete obrigatório.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZZ-B4BX-7EQJ-75WU

Por fim, conforme despacho (evento 20, nestes Autos) a Exma. Conselheira Relatora Dra. Cristiana de Castro Moraes determina a resolução das pendências.

PERSPECTIVA D: FISCALIZAÇÃO DA APLICAÇÃO ESPECÍFICA NO ENSINO E NA SAÚDE

Conforme relatado no item anterior, a análise foi prejudicada uma vez que a Prefeitura não encaminhou os balancetes no prazo para geração dos relatórios de instrução do período.

CONCLUSÃO

Com relação aos assuntos tratados neste relatório, destacamos:

B.1. EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE (i-Saúde/IEG-M)

- A Prefeitura obteve nota C+ nos dois últimos exercícios avaliados, revelando a necessidade de mudança no direcionamento de certas políticas públicas e adoção de medidas no sentido de corrigir impropriedades nesta na dimensão Saúde do IEG-M.

B.1.2 INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

- Diversas metas em relação à Atenção Básica, definidas através do Plano Municipal de Saúde (2022-2025) não foram atingidas ao final do exercício de 2022 e do 1° quadrimestre de 2023.

- O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não atende à diretriz do Ministério da Saúde em cinco das seis equipes de Saúde da Família do Município, que é de 1 ACS para cada 750 pessoas cadastradas.

- Não há concurso vigente com candidatos habilitados para reposição do quadro de ACSs no Município, sendo que os últimos admitidos para o cargo foram em 01/03/2021.

- População total cadastrada por ESF maior que o recomendado pelo Ministério da Saúde nas seis equipes de saúde da família do Município, sendo que todas possuem mais de 3.500 pessoas cadastradas e o ideal é de 2.000 a 3.500.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZZ-B4BX-7EQJ-75WU

B.1.3. AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- Nenhuma das seis Unidades de Saúde da Família possuí Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) vigente.

C.1. CUMPRIMENTO DE DETERMINAÇÕES CONSTITUCIONAIS E LEGAIS – GESTÃO FISCAL

- O Município descumpriu o calendário de envio de documentos ao Sistema AUDESP, enviou diversos dados com atraso, o que impediu a geração dos relatórios de instrução do período e impossibilitou a análise da respectiva Gestão Fiscal.

D. FISCALIZAÇÃO DA APLICAÇÃO ESPECÍFICA NO ENSINO E NA SAÚDE

- O Município descumpriu o calendário de envio de documentos ao Sistema AUDESP, enviou diversos dados com atraso, o que impediu a geração dos relatórios de instrução do período e impossibilitou a análise da respectiva aplicação no Ensino e Saúde.

À consideração de Vossa Senhoria.

UR-17, Ituverava, 17 de agosto de 2023.

Manoel Faria da Silva Junior
Agente da Fiscalização

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZZ-B4BX-7EQJ-75WU

COMUNICADO SDG Nº 38/2023

O TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, COMUNICA a expedição dos ALERTAS de que trata o parágrafo 1º do artigo 59 da Lei de Responsabilidade Fiscal, relativos ao primeiro bimestre (RRO) do ano de 2023 das Câmaras e Prefeituras Municipais abaixo relacionadas.

Importante ressaltar que a fiscalização procederá ao exame de cada caso, segundo sua motivação, quando da elaboração do relatório final das contas anuais do ano de 2023.

SISTEMA AUDESP – 1º BIMESTRE 2023
ALERTA AOS PREFEITOS – LC 101/00 (LRF)
Art, 59, § 1º da LRF – incisos I e V

ORDEM	PROCESSO	MUNICÍPIO	PREFEITO	INCISOS
1	4519/989/23	Adamantina	MÁRCIO CARDIM	I e V
2	3984/989/23	Adolfo	IZAEL ANTONIO FERNANDES	V
3	4199/989/23	Aguaí	JOSÉ ALEXANDRE PEREIRA DE ARAÚJO	I e V
4	4200/989/23	Águas da Prata	REGINA HELENA JANIZELO MORAES	I e V
5	4289/989/23	Águas de Lindóia	GILBERTO ABDOU HELOU	I e V
6	4290/989/23	Águas de Santa Bárbara	AROLDO JOSE CAETANO	V
7	3985/989/23	Águas de São Pedro	JOAO VICTOR BARBOZA	I e V
8	4520/989/23	Agudos	FERNANDO OCTAVIANI	V
9	3986/989/23	Alambari	JOÃO PAULO DANTAS PINTO	I
10	4055/989/23	Alfredo Marcondes	CELSO PIRANI PASSOS	V
11	4201/989/23	Altair	MARCO ANTONIO FERREIRA	I e V
12	4084/989/23	Altinópolis	JOSE ROBERTO FERRACIN MARQUES	I e V
13	4085/989/23	Alto Alegre	CARLOS SUSSUMI IVAMA	V
14	4291/989/23	Alumínio	ANTONIO PIASSENTINI	V
15	4202/989/23	Álvares Florence	ADILSON BATISTA LEITE	I e V
16	4386/989/23	Álvares Machado	ROGER FERNANDES GASQUES	V
17	4086/989/23	Álvaro de Carvalho	ADILSON DE OLIVEIRA LOPES	I e V
18	4056/989/23	Alvinlândia	ABIGAIL CATELI DIAS	I e V
19	4585/989/23	Americana	FRANCISCO ANTONIO SARDELLI	V
20	4292/989/23	Américo de Campos	ROSENALDO RODRIGUES	V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

21	4550/989/23	Amparo	CARLOS ALBERTO MARTINS	I e V
22	4087/989/23	Analândia	PAULO HENRIQUE FRANCESCHINI	V
23	4521/989/23	Andradina	MARIO CELSO LOPES	V
24	4419/989/23	Angatuba	NICOLAS BASILE ROCHEL	V
25	4293/989/23	Anhembi	LINDEVAL AUGUSTO MOTTA	I e V
26	4203/989/23	Anhumas	ADAILTON CESAR MENOSSI	I e V
27	4420/989/23	Apiaí	SERGIO VICTOR BORGES BARBOSA	I e V
28	4586/989/23	Araçatuba	DILADOR BORGES DAMASCENO	I e V
29	4390/989/23	Araçoiaba da Serra	JOSE CARLOS DE QUEVEDO JUNIOR	I e V
30	4294/989/23	Arandu	FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO	V
31	4057/989/23	Arapeí	RÊNE LÚCIO GONÇALVES	V
32	4614/989/23	Araras	PEDRO ELISEU FILHO	V
33	3987/989/23	Arco-Íris	ALDO MANSANO FERNANDES	I
34	4165/989/23	Arealva	ELSON BANUTH BARRETO	I e V
35	4295/989/23	Areiópolis	ANTONIO MARCOS DOS SANTOS	I e V
36	4089/989/23	Ariranha	JOAMIR ROBERTO BARBOZA	V
37	4510/989/23	Artur Nogueira	LUCAS SIA RISSATO	I e V
38	4460/989/23	Arujá	LUIS ANTONIO DE CAMARGO	V
39	4090/989/23	Aspásia	IVAN DE PAULA	V
40	4511/989/23	Atibaia	EMIL ONO	V
41	4323/989/23	Auriflama	KATIA CONCEIÇÃO MORITA DE CARVALHO	I e V
42	4091/989/23	Avaí	HELLEN FERNANDES RODRIGUES	V
43	4204/989/23	Avanhandava	CIRO AUGUSTO MOURA VENERONI	V
44	4553/989/23	Avaré	JOSELYR BENEDITO COSTA SILVESTRE	V
45	4092/989/23	Balbinos	BENEDITO JACKSON BALANCIERI	V
46	4093/989/23	Bálsamo	CARLOS EDUARDO CARMONA LOURENÇO	I e V
47	4296/989/23	Bananal	WILLIAM LANDIM DA SILVA	V
48	4205/989/23	Barbosa	RODRIGO PRIMO ANTUNES	V
49	4324/989/23	Bariri	ABELARDO MAURICIO MARTINS SIMOES FILHO	I e V
50	4490/989/23	Barra Bonita	JOSÉ LUÍS RICI	V
51	4325/989/23	Barra do Turvo	JEFFERSON LUIZ MARTINS	I
52	4391/989/23	Barrinha	JOSE MARCOS MARTINS	V
53	4588/989/23	Barueri	RUBENS FURLAN	I e V
54	4326/989/23	Bastos	MANOEL IRONIDES ROSA	I e V
55	4589/989/23	Bauru	SUELLEN SILVA ROSIM	V
56	4590/989/23	Bebedouro	LUCAS GIBIN SEREN	I e V
57	4094/989/23	Bento de Abreu	JOSE LUIZ MAREGA	V
58	4327/989/23	Bernardino de Campos	WILSON JOSE GARCIA	V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

59	4207/989/23	Bertioga	CAIO ARIAS MATHEUS	V
60	4297/989/23	Bilac	VITOR OSMAR BOTINI	V
61	4554/989/23	Birigui	LEANDRO MAFFEIS MILANI	V
62	4328/989/23	Biritiba Mirim	CARLOS ALBERTO TAINO JUNIOR	V
63	4329/989/23	Boa Esperança do Sul	JOSÉ MANOEL DE SOUZA	I e V
64	4392/989/23	Bocaina	MARCO ANTONIO GIRO	I
65	4095/989/23	Bofete	CLAUDÉCIO JOSÉ EBURNEO	I e V
66	4523/989/23	Boituva	EDSON JOSÉ MARCUSSO	V
67	4058/989/23	Bom Sucesso de Itararé	VANDERLÉIA APARECIDA DOS SANTOS SOUZA	I
68	4059/989/23	Borá	LUIZ CARLOS RODRIGUES	I e V
69	4096/989/23	Boracéia	VALDIR DE SOUZA MELO	I e V
70	4298/989/23	Borborema	VLADIMIR ANTONIO ADABO	I e V
71	4166/989/23	Borebi	ANDERSON PINHEIRO DE GOES	I e V
72	4555/989/23	Botucatu	MÁRIO EDUARDO PARDINI AFFONSECA	V
73	4565/989/23	Bragança Paulista	AMAURI SODRÉ DA SILVA	V
74	4299/989/23	Braúna	HEITOR VERDU	V
75	4060/989/23	Brejo Alegre	RAFAEL ALVES DOS SANTOS	I
76	4330/989/23	Brodowski	JOSÉ LUIZ PERES	I
77	4331/989/23	Brotas	LEANDRO CORREA	I e V
78	4167/989/23	Buritizal	DANIEL SARRETA	I e V
79	4097/989/23	Cabrália Paulista	ODEMIL ORTIZ DE CAMARGO	I e V
80	4422/989/23	Cabreúva	ANTONIO CARLOS MANGINI	V
81	4492/989/23	Caçapava	PETALA GONCALVES LACERDA	V
82	4168/989/23	Caconde	JOÃO FILIPE MUNIZ BASILLI	I
83	4098/989/23	Caiabu	SUELEN NARA MATOS MATIVE	V
84	4483/989/23	Caieiras	GILMAR SOARES VICENTE	V
85	4334/989/23	Caiuá	RUTE ALMEIDA DOS SANTOS LIMA	I e V
86	4573/989/23	Cajamar	DANILO BARBOSA MACHADO	I e V
87	4423/989/23	Cajati	LUIZ HENRIQUE KOGA	V
88	4335/989/23	Cajobi	GUSTAVO SEBASTIÃO DA COSTA	I e V
89	4300/989/23	Cajuru	ALEX MORETINI	V
90	4467/989/23	Campo Limpo Paulista	LUIZ ANTONIO BRAZ	I e V
91	4556/989/23	Campos do Jordão	MARCELO PADOVAN	V
92	4336/989/23	Campos Novos Paulista	FLAVIO FERMINO EUFLAUZINO	V
93	4337/989/23	Cananéia	ROBSON DA SILVA LEONEL	I e V
94	4061/989/23	Canas	SILVANA KOMEIH DA SILVA ZANIN	V
95	4424/989/23	Cândido Mota	ERALDO JOSE PEREIRA	I e V
96	3989/989/23	Cândido Rodrigues	FABRICIO ANTONIO RONCOLLI	V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

97	4169/989/23	Canitar	JOEL RODRIGUES	V
98	4524/989/23	Capão Bonito	JULIO FERNANDO GALVÃO DIAS	V
99	4099/989/23	Capela do Alto	PERICLES GONÇALVES	I e V
100	4468/989/23	Capivari	VITOR HUGO RICCOMINI	I e V
101	4493/989/23	Caraguatatuba	JOSE PEREIRA DE AGUILAR JUNIOR	I
102	4451/989/23	Cardoso	JAIR CESAR NATTES	I e V
103	4469/989/23	Casa Branca	MARCO CESAR DE PAIVA AGA	I e V
104	3990/989/23	Cássia dos Coqueiros	SILVIO SANTOS DOS REIS FARIA	V
105	4425/989/23	Castilho	PAULO DUARTE BOAVENTURA	V
106	4591/989/23	Catanduva	OSVALDO DE OLIVEIRA ROSA	I
107	4100/989/23	Catiguá	CLAUDEMIR JOSE GRAVA	I e V
108	4338/989/23	Cedral	PAULO RICARDO BEOLCHI DE LUCAS	I e V
109	4452/989/23	Cerqueira César	DIEGO AUGUSTO BERTI CINTO	I e V
110	4470/989/23	Cerquilho	JOSÉ ROBERTO PILON	V
111	4101/989/23	Cesário Lange	RONALDO PAIS DE CAMARGO	V
112	4395/989/23	Chavantes	MARCIO DE JESUS DO REGO	V
113	4210/989/23	Clementina	NELSON CASULA	I e V
114	4464/989/23	Colina	DIAB TAHA	V
115	4211/989/23	Colômbia	JULIO CESAR DOS SANTOS	V
116	4339/989/23	Conchal	LUIZ VANDERLEI MAGNUSSON	V
117	4212/989/23	Conchas	JULIO TOMAZELA NETO	V
118	4213/989/23	Cordeirópolis	JOSE ADINAN ORTOLAN	I e V
119	4102/989/23	Coroados	TEREZINHA APARECIDA CASTILHO VARONI	V
120	4103/989/23	Coronel Macedo	JOSE ROBERTO SANTINONI VEIGA	V
121	4525/989/23	Cosmópolis	ANTONIO CLÁUDIO FELISBINO JÚNIOR	V
122	4214/989/23	Cosmorama	LUIS FERNANDO GONÇALVES	V
123	4592/989/23	Cotia	ROGÉRIO CARDOSO FRANCO	V
124	4340/989/23	Cravinhos	ITAMAR GOMES BUENO	I e V
125	3992/989/23	Cruzália	ARILDO OSMAR DE MORO	V
126	4526/989/23	Cruzeiro	THALES GABRIEL FONSECA	I
127	4396/989/23	Cunha	JOSE EDER GALDINO DA COSTA	I e V
128	4527/989/23	Descalvado	ANTONIO CARLOS RESCHINI	I e V
129	3993/989/23	Dirce Reis	DONIZETE PEREIRA DA SILVA	I e V
130	4105/989/23	Divinolândia	ANTONIO DE PADUA AQUISTI	I e V
131	4062/989/23	Dobrada	ANTONIO CARLOS DE MATTOS SANTOS	I e V
132	4341/989/23	Dois Córregos	RUY DIOMEDES FAVARO	V
133	4215/989/23	Dourado	GINO JOSE TORREZAN	I e V
134	4528/989/23	Dracena	ANDRE KOZAN LEMOS	I e V
135	4106/989/23	Dumont	ALAN FRANCISCO FERRACINI	I e V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

136	4217/989/23	Echaporã	LUIS GUSTAVO EVANGELISTA	V
137	4426/989/23	Eldorado	DINOEL PEDROSO ROCHA	I e V
138	3994/989/23	Elisiário	CÁSSIO ROBERTO BERTELLI	V
139	4594/989/23	Embu das Artes	CLAUDINEI ALVES DOS SANTOS	I e V
140	4471/989/23	Embu-Guaçu	JOSE ANTONIO PEREIRA	I e V
141	3996/989/23	Emilianópolis	JOÃO BATISTA AMARAL	V
142	4484/989/23	Espírito Santo do Pinhal	CRISTINA DO CARMO BRANDÃO BUENO DOMINGUES	V
143	3997/989/23	Espírito Santo do Turvo	AFONSO NASCIMENTO NETO	V
144	4218/989/23	Estiva Gerbi	CLAUDIA BOTELHO DE OLIVEIRA DIEGUES	V
145	4342/989/23	Estrela d'Oeste	MARCOS ANTONIO SAES LOPES	V
146	4219/989/23	Estrela do Norte	DEHON APARECIDO TOSO	I e V
147	4343/989/23	Euclides da Cunha Paulista	DOMINGO MENTE LOPES	V
148	4220/989/23	Fartura	LUCIANO PERES	I e V
149	4529/989/23	Fernandópolis	ANDRÉ GIOVANNI PESSUTO CÂNDIDO	I e V
150	4063/989/23	Fernando Prestes	RODRIGO RAVAZZI	I
151	3998/989/23	Fernão	JOSÉ VALENTIM FODRA	I e V
152	4472/989/23	Ferraz de Vasconcelos	PRISCILA CONCEIÇÃO GAMBALE VIEIRA MATOS	V
153	3999/989/23	Flora Rica	FABIO LUIZ FLORENTINO DE FARIA	I
154	4064/989/23	Floreal	NORIVAL FRANCISCO GARCIA JUNIOR	I e V
155	4344/989/23	Flórida Paulista	WILSON FRÓIO JUNIOR	I
156	4000/989/23	Florínea	PAULO EDUARDO PINTO	I e V
157	4473/989/23	Francisco Morato	RENATA TORRES DE SENE	V
158	4512/989/23	Franco da Rocha	NIVALDO DA SILVA SANTOS	I e V
159	4065/989/23	Gabriel Monteiro	VANDERLEI ANTONINHO MENDONÇA	I e V
160	4108/989/23	Gália	RENATO INÁCIO GONÇALVES	I e V
161	4530/989/23	Garça	JOÃO CARLOS DOS SANTOS	V
162	4221/989/23	Gastão Vidigal	SEBASTIÃO FELISBERTO FERNANDES	I e V
163	4345/989/23	Gavião Peixoto	ADRIANO MARÇAL DA SILVA	V
164	4346/989/23	General Salgado	MAURO GILBERTO FANTINI	I e V
165	4222/989/23	Getulina	ANTONIO CARLOS MAIA FERREIRA	V
166	4109/989/23	Glicério	ILDO DE SOUZA	V
167	4347/989/23	Guaiçara	BRUNO FLORIANO DE OLIVEIRA	I e V
168	4557/989/23	Guaíra	ANTÔNIO MANOEL DA SILVA JÚNIOR	V
169	4348/989/23	Guapiaçu	JEAN CARLOS VETORASSO	V
170	4349/989/23	Guapiara	JOSE MATHEUS RODOLFO DE FREITAS	V
171	4223/989/23	Guará	VINICIUS MAGNO FILGUEIRA	I e V
172	4224/989/23	Guaraçaí	AIRTON JOSÉ GOMES	V
173	4350/989/23	Guaraci	RENATO AZEDA RIBEIRO DE AGUIAR	V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

174	4001/989/23	Guarani d'Oeste	NILSON TIMPORIM CAFFER	V
175	4225/989/23	Guarantã	MARCOS ROBERTO FRUGERI	V
176	4494/989/23	Guararapes	ALEX PERAMO DE ARRUDA	I e V
177	4110/989/23	Guararema	JOSE LUIZ EROLES FREIRE	I e V
178	4485/989/23	Guaratinguetá	MARCUS AUGUSTIN SOLIVA	V
179	4111/989/23	Guareí	JOSÉ AMADEU DE BARROS	I
180	4226/989/23	Guariba	CELSO ANTONIO ROMANO	V
181	4596/989/23	Guarujá	VÁLTER SUMAN	V
182	4616/989/23	Guarulhos	GUSTAVO HENRIC COSTA	I e V
183	4227/989/23	Guatapará	JURACY COSTA DA SILVA	I e V
184	4002/989/23	Guzolândia	MARCIO LUIS CARDOSO	I e V
185	4398/989/23	Herculândia	PAULO SERGIO DE OLIVEIRA	V
186	4399/989/23	Hortolândia	JOSE NAZARENO ZEZE GOMES	V
187	4400/989/23	Iacanga	ELI DONISETI CARDOSO	I e V
188	4173/989/23	Iacri	CARLOS ALBERTO FREIRE	V
189	4112/989/23	Iaras	MARCOS JOSE ROSA	V
190	4351/989/23	Ibaté	JOSE LUIZ PARELLA	I e V
191	4427/989/23	Ibirarema	JOSÉ BENEDITO CAMACHO	I e V
192	4428/989/23	Ibitinga	CRISTINA MARIA KALIL ARANTES	V
193	4531/989/23	Ibiúna	PAULO KENJI SASAKI	V
194	4352/989/23	Icém	OSCAR LUIZ CORREA CUNHA	I e V
195	4228/989/23	Iepê	MURILO NOBREGA CAMPOS	V
196	4114/989/23	Igaratá	ELZO ELIAS DE OLIVEIRA SOUZA	V
197	4532/989/23	Iguape	WILSON ALMEIDA LIMA	I
198	4429/989/23	Ilhabela	ANTONIO LUIZ COLUCCI	I e V
199	4403/989/23	Ilha Comprida	GERALDINO BARBOSA OLIVEIRA JUNIOR	V
200	4353/989/23	Ilha Solteira	OTAVIO AUGUSTO GIANTOMASSI GOMES	V
201	4568/989/23	Indaiatuba	NILSON ALCIDES GASPAR	V
202	4003/989/23	Indiaporã	ADERITO CAMARGO FERREIRA DA SILVA	I e V
203	4115/989/23	Inúbia Paulista	JOAO SOARES DOS SANTOS	V
204	4404/989/23	Ipaussu	SERGIO GALVANIN GUIDIO FILHO	V
205	4405/989/23	Iperó	LEONARDO ROBERTO FOLIM	V
206	4066/989/23	Ipeúna	DIEGO HERON PINHEIRO	V
207	4067/989/23	Iporanga	ALESSANDRO MENDES RODRIGUES	I e V
208	4355/989/23	Ipuã	RONYWERTON MARCELO ALVES PEREIRA	I e V
209	4229/989/23	Iracemápolis	NELITA CRISTINA MICHEL FRANCESCHINI	I e V
210	4230/989/23	Irapuã	RENI APARECIDA DA SILVA	I e V
211	4116/989/23	Irapuru	ADEMAR CALEGÃO	V
212	4356/989/23	Itaberá	ALEX ROGÉRIO CAMARGO DE LACERDA	I e V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

213	4430/989/23	Itaí	JOSÉ RAMIRO ANTUNES DO PRADO	I e V
214	4302/989/23	Itajobi	SIDIOMAR UJAQUE	I e V
215	4117/989/23	Itaju	JERRI DE SOUZA NEIVA	I e V
216	4118/989/23	Itaoca	ANTONIO CARLOS TRANNIN	V
217	4567/989/23	Itapecerica da Serra	FRANCISCO TADAO NAKANO	I
218	4597/989/23	Itapetininga	JEFERSON RODRIGO BRUN	V
219	4558/989/23	Itapeva	MÁRIO SÉRGIO TASSINARI	V
220	4486/989/23	Itapevi	IGOR SOARES EBERT	V
221	4533/989/23	Itapira	ANTONIO HÉLIO NICOLAI	V
222	4534/989/23	Itápolis	VLADIMIR DO CARMO REGGIANI	V
223	4303/989/23	Itapuí	ANTONIO ALVARO DE SOUZA	V
224	4575/989/23	Itaquaquecetuba	EDUARDO BOIGUES QUEROZ	I e V
225	4431/989/23	Itararé	HELITON SCHEIDT DO VALLE	V
226	4174/989/23	Itariri	DINAMERICO GONÇALVES PERONI	V
227	4474/989/23	Itatiba	THOMAS ANTONIO CAPELETTO DE OLIVEIRA	V
228	4120/989/23	Itatinga	JOÃO BOSCO BORGES	I e V
229	4305/989/23	Itirapina	MARIA DA GRAÇA ZUCCHI MORAES	V
230	4006/989/23	Itobi	JOAQUIM CANDIDO FILHO	I e V
231	4617/989/23	Itu	GUILHERME DOS REIS GAZZOLA	V
232	4432/989/23	Itupeva	MARCO ANTONIO MARCHI	I e V
233	4535/989/23	Ituverava	LUIZ ANTONIO ARAUJO	V
234	4559/989/23	Jaboticabal	EMERSON RODRIGO CAMARGO	V
235	4576/989/23	Jacareí	IZAIAS JOSE DE SANTANA	I e V
236	4475/989/23	Jacupiranga	ROBERTO CARLOS GARCIA	I e V
237	4433/989/23	Jales	LUIS HENRIQUE DOS SANTOS MOREIRA	I e V
238	4495/989/23	Jandira	HENRI HAJIME SATO	I e V
239	4358/989/23	Jarinu	DEBORA CRISTINA DO PRADO BELINELLO	V
240	4007/989/23	Jeriquara	EDER LUIS CARVALHO GONÇALVES	I
241	4008/989/23	Joanópolis	ADAUTO BATISTA DE OLIVEIRA	I
242	4121/989/23	João Ramalho	ADELMO ALVES	V
243	4359/989/23	José Bonifácio	DILMO REZENDE DE CARVALHO	V
244	4009/989/23	Jumirim	DANIEL VIEIRA	I e V
245	4618/989/23	Jundiaí	LUIZ FERNANDO ARANTES MACHADO	I e V
246	4233/989/23	Juquiá	GILBERTO TADASHI MATSUSUE	V
247	4176/989/23	Juquitiba	AYRES SCORSATTO	I e V
248	4068/989/23	Lagoinha	TIAGO MAGNO DE OLIVEIRA	I
249	4234/989/23	Laranjal Paulista	ALCIDES DE MOURA CAMPOS JUNIOR	V
250	4235/989/23	Lavínia	SALVADOR CAZUO MATSUNAKA	V
251	4236/989/23	Lavrinhas	JOSÉ BENEDITO DA SILVA	I e V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

252	4537/989/23	Lençóis Paulista	ANDERSON PRADO DE LIMA	V
253	4582/989/23	Limeira	MARIO CELSO BOTION	V
254	4177/989/23	Lindóia	LUCIANO FRANCISCO DE GODOI LOPES	V
255	4560/989/23	Lins	JOAO LUIS LOPES PANDOLFI	I e V
256	4513/989/23	Lorena	SYLVIO BALLERINI	I e V
257	4069/989/23	Lourdes	ODÉCIO RODRIGUES DA SILVA	I e V
258	4122/989/23	Louveira	ESTANISLAU STECK	I e V
259	4434/989/23	Lucélia	TATIANA GUILHERMINO TAZINAZZIO	I e V
260	4010/989/23	Lucianópolis	HUMBERTO ZANINOTO MALDONADO	V
261	4306/989/23	Luís Antônio	RODRIGO MELLO MARQUES	I
262	4178/989/23	Luiziânia	ROGÉLIO CERVIGNE BARRETO	I e V
263	4307/989/23	Lupércio	CLEBER MENEGUCCI	I
264	4237/989/23	Lutécia	LAUDEMIR LEATI	I e V
265	4514/989/23	Macatuba	ANDERSON FERREIRA	I e V
266	4123/989/23	Macaubal	ACÁCIO TARDOQUE FERREIRA	I e V
267	4362/989/23	Macedônia	REGINALDO ELOY MARCOMINI DOS REIS	I e V
268	4238/989/23	Magda	ALEXANDRE PAIVA BATELLO	V
269	4619/989/23	Mairinque	ANTONIO ALEXANDRE GEMENTE	I e V
270	4461/989/23	Mairiporã	WALID ALI HAMID	V
271	4011/989/23	Marapoama	MARCIO PERPETUO AUGUSTO	I e V
272	4070/989/23	Mariápolis	RICARDO MITSURO WATANABE	V
273	4012/989/23	Marinópolis	EVALDO RIBEIRO	I e V
274	4435/989/23	Martinópolis	MARCO ANTONIO JACOMELI DE FREITA	V
275	4241/989/23	Mendonça	JULIANO SOUZA DE OLIVEIRA	I e V
276	4363/989/23	Meridiano	MARCIA CRISTINA ADRIANO DE LIMA	I e V
277	4013/989/23	Mesópolis	JOSÉ CARLOS DA SILVA	I e V
278	4407/989/23	Miguelópolis	NAIM MIGUEL NETO	V
279	4124/989/23	Mineiros do Tietê	GEZIEL PEREIRA LIMA	I e V
280	4453/989/23	Miracatu	VINÍCIUS BRANDÃO DE QUEIRÓZ	I e V
281	4242/989/23	Mira Estrela	PRISCILLA FERNANDA COBACHO DO PRADO	V
282	4454/989/23	Mirandópolis	ADEMIRO OLEGARIO DOS SANTOS	I
283	4539/989/23	Mirassol	EDSON ANTONIO ERMENEGILDO	I e V
284	4071/989/23	Mirassolândia	CELIA APARECIDA FIAMENGHI DOS SANTOS MATOS	I e V
285	4600/989/23	Mogi das Cruzes	CAIO CESAR MACHADO DA CUNHA	I e V
286	4601/989/23	Mogi Guaçu	RODRIGO FALSETTI	V
287	4541/989/23	Mogi Mirim	PAULO DE OLIVEIRA E SILVA	V
288	4014/989/23	Mombuca	ROGÉRIO APARECIDO ALCALDE	V
289	4015/989/23	Monções	VALTOLINO VALDIR MARIA ALVES	V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

290	4459/989/23	Mongaguá	MARCIO MELO GOMES	I e V
291	4365/989/23	Monte Aprazível	MARCIO LUIZ MIGUEL	I e V
292	4366/989/23	Monte Azul Paulista	MARCELO OTAVIANO DOS SANTOS	I e V
293	4125/989/23	Monte Castelo	EDSON CARLOS OLIVEIRA DA SILVA	V
294	4016/989/23	Monteiro Lobato	EDMAR JOSE DE ARAUJO	V
295	4072/989/23	Morungaba	MARCO ANTONIO DE OLIVEIRA	I e V
296	4017/989/23	Motuca	JOAO RICARDO FASCINELI	I e V
297	4126/989/23	Murutinga do Sul	CRISTIANO ELEUTERIO SOARES DA SILVA	V
298	4309/989/23	Narandiba	ITAMAR DOS SANTOS SILVA	V
299	4179/989/23	Natividade da Serra	EVAIL AUGUSTO DOS SANTOS	I e V
300	4243/989/23	Nazaré Paulista	CANDIDO MURILO PINHEIRO RAMOS	V
301	4128/989/23	Neves Paulista	MARCIO ROGERIO RODRIGUES DOS SANTOS	I e V
302	4367/989/23	Nhandeara	JOSÉ ADALTO BORINI	V
303	4018/989/23	Nipoã	JOSE PEDRO RAMPIM	V
304	4244/989/23	Nova Aliança	JURANDIR BARBOSA DE MORAIS	I e V
305	4245/989/23	Nova Campina	JUCEMARA FORTES DO NASCIMENTO	V
306	4129/989/23	Nova Canaã Paulista	THAIS CRISTINA COSTA MOREIRA	I e V
307	4246/989/23	Nova Castilho	LÚCIO MAURO GARCIA	I e V
308	4247/989/23	Nova Europa	LUIZ CARLOS DOS SANTOS	V
309	4248/989/23	Nova Independência	FERNANDO MACCHI SANTANA	I e V
310	4462/989/23	Nova Odessa	CLAUDIO JOSÉ SCHOODER	I e V
311	4368/989/23	Novo Horizonte	FABIANO BELENTANI	V
312	4131/989/23	Nuporanga	DANIEL VIANA MELO	V
313	4180/989/23	Ocauçu	JOÃO BENEDITO COSTA E SILVA	V
314	4020/989/23	Óleo	JORDÃO ANTONIO VIDOTTO	V
315	4499/989/23	Olímpia	FABIO MARTINEZ	V
316	4249/989/23	Onda Verde	FABRICIO PIRES DE CARVALHO	V
317	4074/989/23	Oriente	GERALDO MATHEUS MORIS	I e V
318	4250/989/23	Orindiúva	MIRELI CRISTINA LEITE RUVIÉRI MARTINS	I e V
319	4515/989/23	Orlândia	SERGIO AUGUSTO BORDIN JUNIOR	V
320	4620/989/23	Osasco	ROGERIO LINS WANDERLEY	I e V
321	4181/989/23	Oscar Bressane	LUIZ ANTONIO ROMANO	V
322	4542/989/23	Osvaldo Cruz	VERA LUCIA ALVES	V
323	4602/989/23	Ourinhos	LUCAS POCAY ALVES DA SILVA	I e V
324	4437/989/23	Ouroeste	ALEX GARCIA SAKATA	V
325	4251/989/23	Ouro Verde	CLAUDINEI DOS SANTOS	I e V
326	4438/989/23	Palestina	REINALDO APARECIDO DA CUNHA	V
327	4132/989/23	Palmares Paulista	LUCAS APARECIDO DA ASSUMÇÃO	I e V
328	4439/989/23	Palmeira d'Oeste	REINALDO SAVAZI	V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

329	4440/989/23	Palmital	LUIS GUSTAVO MENDES MORAES	V
330	4441/989/23	Panorama	CARLOS HIROCI OUTI	V
331	4561/989/23	Paraguaçu Paulista	ANTONIO TAKASHI SASADA	V
332	4252/989/23	Paraibuna	VICTOR DE CASSIO MIRANDA	V
333	4133/989/23	Paraíso	WALDOMIRO ANTONIO SGOBI	I e V
334	4442/989/23	Paranapanema	RODOLFO HESSEL FANGANIELLO	I e V
335	4134/989/23	Paranapuã	DANIEL JUNIOR DURAN PINATTO	I e V
336	4253/989/23	Parapuã	GILMAR MARTIN MARTINS	V
337	4182/989/23	Pardinho	JOSÉ LUIZ VIRGINIO DOS SANTOS	I e V
338	4135/989/23	Pariquera-Açu	WAGNER BENTO DA COSTA	I e V
339	4183/989/23	Parisi	OCLAIR BARÃO BENTO	I e V
340	4621/989/23	Paulínia	EDNILSON CAZELLATO	V
341	4021/989/23	Paulistânia	PAULO AUGUSTO GRANCHI	I e V
342	4500/989/23	Pederneiras	IVANA MARIA BERTOLINI CAMARINHA	V
343	4022/989/23	Pedra Bela	ALVARO JESIEL DE LIMA	I e V
344	4254/989/23	Pedranópolis	MARCOS ADRIANO DA SILVA	I e V
345	4184/989/23	Pedreira	FÁBIO VINICIUS POLIDORO	I e V
346	4137/989/23	Pedrinhas Paulista	FREDDIE COSTA NICOLAU	I e V
347	4185/989/23	Pedro de Toledo	ELEAZAR MUNIZ JÚNIOR	V
348	4543/989/23	Penápolis	CARLOS HENRIQUE ROSSI CATALANI	V
349	4138/989/23	Pereiras	MIGUEL TOMAZELA	V
350	4465/989/23	Peruíbe	LUIZ MAURICIO PASSOS DE CARVALHO PEREIRA	I e V
351	4139/989/23	Piacatu	RICARDO FRANCISCO LEMES DA SILVA	V
352	4501/989/23	Piedade	GERALDO PINTO DE CAMARGO FILHO	I e V
353	4310/989/23	Pilar do Sul	MARCO AURÉLIO SOARES	I e V
354	4603/989/23	Pindamonhangaba	ISAEL DOMINGUES	I e V
355	4256/989/23	Pindorama	GERALDO FELIPPE JUNIOR	V
356	4023/989/23	Pinhalzinho	PAULO ROGÉRIO PEREIRA	V
357	4140/989/23	Piquerobi	ADRIANA CRIVELLI BIFFE	I e V
358	4186/989/23	Piquete	ROMULO KAZIMIERZ LUSZCZYNSKI	I
359	4257/989/23	Piracaia	JOSÉ SILVINO CINTRA	I e V
360	4604/989/23	Piracicaba	LUCIANO SANTOS TAVARES DE ALMEIDA	V
361	4370/989/23	Piraju	JOSE MARIA COSTA	I e V
362	4502/989/23	Pirajuí	CESAR HENRIQUE DA CUNHA FIALA	I e V
363	4187/989/23	Pirangi	ANGELA MARIA BUSNARDO	I e V
364	4188/989/23	Pirapora do Bom Jesus	DANY WILIAN FLORESTI	V
365	4503/989/23	Pirassununga	JOSÉ CARLOS MANTOVANI	I e V
366	4258/989/23	Piratininga	JORGE LUIS DIAS	I e V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

367	4504/989/23	Pitangueiras	MARCOS AURÉLIO SORIANO	I e V
368	4410/989/23	Planalto	OLÍMPIO SEVERINO DA SILVA	V
369	4141/989/23	Platina	WAGNER ROBERTO DE LIMA	I e V
370	4477/989/23	Poá	MARCIA TEIXEIRA BIN DE SOUSA	V
371	4142/989/23	Poloni	WALDENOR MONTANARI JUNIOR	I e V
372	4259/989/23	Pompéia	ISABEL CRISTINA ESCORCE	I e V
373	4024/989/23	Pongaí	GILHIARD HENRIQUE DE BORTOLI	I
374	4505/989/23	Pontal	JOSE CARLOS NEVES SILVA	I e V
375	4260/989/23	Pontalinda	SISINIO DE OLIVEIRA LEÃO	V
376	4411/989/23	Pontes Gestal	ESMERALDO CRISTIANO CAROLINO	I e V
377	4372/989/23	Populina	ADAUTO SEVERO PINTO	V
378	4025/989/23	Porangaba	JOÃO CARLOS ALVES BARROS	I e V
379	4506/989/23	Porto Feliz	ANTONIO CASSIO HABICE PRADO	V
380	4478/989/23	Porto Ferreira	RÔMULO LUIS DE LIMA RIPA	V
381	4443/989/23	Potirendaba	GISLAINE MONTANARI FRANZOTTI	V
382	4026/989/23	Pracinha	MAURILEI APARECIDO DIAS DA SILVA	V
383	4479/989/23	Pradópolis	SILVIO MARTINS	I e V
384	4143/989/23	Pratânia	OSMIR JOSE FELIX	I e V
385	4027/989/23	Presidente Alves	CRISTIANO DOS SANTOS	V
386	4373/989/23	Presidente Bernardes	REGINALDO LUIZ ERNESTO CARDILO	V
387	4622/989/23	Presidente Prudente	EDSON TOMAZINI	V
388	4544/989/23	Presidente Venceslau	BÁRBARA MEDEIROS VILCHES	I e V
389	4412/989/23	Promissão	ARTUR MANOEL NOGUEIRA FRANCO	I
390	4262/989/23	Quatá	MARCELO DE SOUZA PECCHIO	I e V
391	4311/989/23	Queiroz	WALTER RODRIGO DA SILVA	V
392	4263/989/23	Queluz	LAURINDO JOAQUIN DA SILVA GARCEZ	V
393	4144/989/23	Quintana	FERNANDO ITAPUÃ BRANCO NUNES	I
394	4189/989/23	Rafard	FABIO DOS SANTOS	I e V
395	4075/989/23	Redenção da Serra	JUCIMAR FERREIRA DA SILVA	I e V
396	4145/989/23	Reginópolis	RONALDO DA SILVA CORRÊA	I e V
397	4463/989/23	Registro	NILTON JOSÉ HIROTA DA SILVA	I e V
398	4029/989/23	Ribeira	ARI DO CARMO SANTOS	I
399	4374/989/23	Ribeirão Bonito	ANTONIO CARLOS CAREGARO	V
400	4030/989/23	Ribeirão Corrente	ANA LOURINETE COSTA LÔBO MONTANHER	V
401	4031/989/23	Ribeirão dos Índios	JOSÉ AMAURI LENZONI	V
402	4076/989/23	Ribeirão do Sul	SALMA APARECIDA MEROTO BEFFA	V
403	4605/989/23	Ribeirão Preto	DANIEL MARQUES GOBBI	V
404	4032/989/23	Rifaina	HUGO CESAR LOURENÇO	I e V
405	4606/989/23	Rio Claro	GUSTAVO RAMOS PERISSINOTTO	V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

406	4446/989/23	Riolândia	ANTONIO CARLOS SANTANA DA SILVA	I e V
407	4033/989/23	Riversul	JOSÉ GUILHERME GOMES	I e V
408	4312/989/23	Roseira	FERNANDO AUGUSTO DE SIQUEIRA	V
409	4267/989/23	Rubiácea	JÚLIO CÉSAR FELISMINO	I e V
410	4414/989/23	Rubinéia	OSVALDO LUGATO FILHO	V
411	4268/989/23	Sabino	EDER RUIZ MAGALHÃES DE ANDRADE	V
412	4190/989/23	Sagres	ROBERTO BATISTA PIRES	I e V
413	4269/989/23	Sales	JOSEMAR FRANCISCO DE ABREU	I e V
414	4270/989/23	Sales Oliveira	FABIO GODOY GRATON	V
415	4313/989/23	Salesópolis	VANDERLON OLIVEIRA GOMES	V
416	4147/989/23	Salmourão	SÔNIA CRISTINA JACON GABAU	I e V
417	4034/989/23	Saltinho	HÉLIO FRANZOL BERNARDINO	I e V
418	4584/989/23	Salto	LAERTE SONSIN JUNIOR	V
419	4314/989/23	Salto de Pirapora	MATHEUS MARUM DE CAMPOS	V
420	4315/989/23	Salto Grande	MARIO LUCIANO ROSA	V
421	4415/989/23	Sandovalina	MARCOS MENDES DA SILVA	V
422	4148/989/23	Santa Adélia	GUILHERME COLOMBO DA SILVA	V
423	4376/989/23	Santa Albertina	GERSON FORMIGONI JUNIOR	I e V
424	4578/989/23	Santa Bárbara d'Oeste	RAFAEL PIOVEZAN	V
425	4149/989/23	Santa Branca	ADRIANO MARCHESANI LEVORIN	V
426	4191/989/23	Santa Clara d'Oeste	JOSE BASÍLIO DE FARIA	V
427	4035/989/23	Santa Cruz da Conceição	CARLOS EDUARDO ARANHA DE ALBUQUERQUE	V
428	4036/989/23	Santa Cruz da Esperança	MARCOS ANTONIO BAZILIO	I e V
429	4271/989/23	Santa Cruz das Palmeiras	JOSE CRECENTINO BUSSAGLIA	I
430	4480/989/23	Santa Cruz do Rio Pardo	DIEGO HENRIQUE SINGOLANI COSTA	I e V
431	4037/989/23	Santa Ernestina	MARCELO APARECIDO VERONEZI	V
432	4416/989/23	Santa Gertrudes	LAZARO NOÉ DA SILVA	V
433	4077/989/23	Santa Lúcia	LUIZ ANTÔNIO NOLI	V
434	4038/989/23	Santa Mercedes	VALDIR VERONA	I e V
435	4152/989/23	Santana da Ponte Pensa	VAGNER HERNANDES	V
436	4488/989/23	Santana de Parnaíba	ANTONIO MARCOS BATISTA PEREIRA	I e V
437	4151/989/23	Santa Rita d'Oeste	OSMAR SAMPAIO	V
438	4272/989/23	Santa Rita do Passa Quatro	MARCELO SIMÃO	V
439	4039/989/23	Santa Salete	JEDER FABIANO SANTIAGO SOUZA	I e V
440	4623/989/23	Santo André	PAULO HENRIQUE PINTO SERRA	V
441	4040/989/23	Santo Antônio da Alegria	RICARDO DA SILVA SOBRINHO	I e V
442	4417/989/23	Santo Antônio de Posse	JOAO LEANDRO LOLLI	V
443	4153/989/23	Santo Antônio do Pinhal	ANDERSON JOSÉ MENDONÇA	I e V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

444	4042/989/23	Santo Expedito	ANDERSON JOSE BETIO	I
445	4316/989/23	Santópolis do Aguapeí	HAROLDO ALVES PIO	V
446	4043/989/23	São Bento do Sapucaí	ANA CATARINA MARTINS BONASSI	I
447	4579/989/23	São Caetano do Sul	JOSE AURICCHIO JUNIOR	V
448	4626/989/23	São Carlos	AIRTON GARCIA FERREIRA	I e V
449	4274/989/23	São Francisco	SEBASTIAO DE OLIVEIRA BAPTISTA	I e V
450	4507/989/23	São João da Boa Vista	MARIA TERESINHA DE JESUS PEDROZA	I
451	4154/989/23	São João das Duas Pontes	JOSÉ CARLOS CEZARE	V
452	4192/989/23	São João de Iracema	VALDIR CANDIDO RIBEIRO	V
453	4044/989/23	São João do Pau d'Alho	FERNANDO BARBERINO	I e V
454	4449/989/23	São Joaquim da Barra	WAGNER JOSÉ SCHMIDT	V
455	4607/989/23	São José do Rio Preto	EDSON EDINHO COELHO ARAÚJO	V
456	4608/989/23	São José dos Campos	ANDERSON FARIAS FERREIRA	V
457	4155/989/23	São Lourenço da Serra	FELIPE GEFERSON SEME AMED	I e V
458	4156/989/23	São Luiz do Paraitinga	ANA LÚCIA BILARD SICHERLE	V
459	4508/989/23	São Manuel	RICARDO SALARO NETO	V
460	4275/989/23	São Miguel Arcanjo	PAULO RICARDO DA SILVA	V
461	4379/989/23	São Pedro	THIAGO SILVÉRIO DA SILVA	V
462	4276/989/23	São Pedro do Turvo	MARCO AURÉLIO OLIVEIRA PINHEIRO	V
463	4627/989/23	São Sebastião	FELIPE AUGUSTO	I e V
464	4046/989/23	São Sebastião da Grama	JOSE FRANCISCO MARTHA	I e V
465	4277/989/23	São Simão	MARCOS DANIEL BONAGAMBA	I
466	4610/989/23	São Vicente	KAYO FELYPE NACHTAJLER AMADO	I e V
467	4078/989/23	Sarapuí	GUSTAVO DE SOUZA BARROS VIEIRA	V
468	4047/989/23	Sarutaiá	ISNAR FRESCHI SOARES	V
469	4157/989/23	Sebastianópolis do Sul	MANOEL ERANI LEITE MAGALHAES	V
470	4278/989/23	Serra Azul	AUGUSTO FRASSETTO NETO	I
471	4481/989/23	Serra Negra	ELMIR KALIL ABI CHEDID	I e V
472	4547/989/23	Sertãozinho	WILSON FERNANDES PIRES FILHO	I e V
473	4450/989/23	Severínia	GLAUCIA EMILIA SCATOLIN	V
474	4193/989/23	Silveiras	GUILHERME CARVALHO DA SILVA	V
475	4318/989/23	Socorro	JOSUÉ RICARDO LOPES	V
476	4611/989/23	Sorocaba	RODRIGO MAGANHATO	I e V
477	4194/989/23	Sud Mennucci	JOSÉ URBINO DOS SANTOS NETO	V
478	4612/989/23	Sumaré	LUIZ ALFREDO CASTRO RUZZA DALBEN	V
479	4195/989/23	Suzanápolis	JOSE LUIZ GAVA	I e V
480	4380/989/23	Tabapuã	SILVIO CÉSAR SARTORELLO	I e V
481	4196/989/23	Tabatinga	EDUARDO PONQUIO MARTINEZ	V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

482	4580/989/23	Taboão da Serra	JOSÉ APRIGIO DA SILVA	I e V
483	4319/989/23	Taciba	ALAIR ANTONIO BATISTA	I e V
484	4280/989/23	Taguaí	EDER CARLOS FOGAÇA DA CRUZ	V
485	4197/989/23	Taiaçu	MAURÍCIO LOFRANO GERALDO	V
486	4079/989/23	Taiúva	LEANDRO JOSÉ JESUS BAPTISTA	I e V
487	4158/989/23	Tambaú	LEONARDO TEIXEIRA SPIGA REAL	I e V
488	4457/989/23	Tanabi	ALEXANDRE SILVEIRA BERTOLINI	V
489	4048/989/23	Tapiraí	ARALDO TODESCO	I e V
490	4049/989/23	Tapiratiba	RAMON JESUS VIEIRA	V
491	4080/989/23	Taquaral	PAULO SERGIO CARDOSO DE OLIVEIRA	I e V
492	4281/989/23	Taquarituba	EDER MIANO PEREIRA	I e V
493	4159/989/23	Taquarivaí	RUBENS CARLOS SOUTO DE BARROS	V
494	4381/989/23	Tarumã	OSCAR GOZZI	V
495	4548/989/23	Tatuí	MIGUEL LOPES CARDOSO JUNIOR	V
496	4160/989/23	Tejupá	VALTER BORANELLI	V
497	4517/989/23	Teodoro Sampaio	JANDIRA SAMPAIO CAVICHINI GUTIERREZ	V
498	4482/989/23	Tietê	VLAMIR DE JESUS SANDEI	V
499	4050/989/23	Timburi	SILVIO CESAR SAVOGIN POLO	V
500	4051/989/23	Torre de Pedra	CIRO LUIZ PEDROSO	V
501	4321/989/23	Torrinha	RENE JOSE BLUMER	I e V
502	4052/989/23	Trabiju	MARCELO RODRIGUES FONSECA	V
503	4509/989/23	Tremembé	CLEMENTE ANTONIO DE LIMA NETO	I e V
504	4283/989/23	Três Fronteiras	RUBENS JOSÉ BELÃO	V
505	4053/989/23	Tuiuti	ANDERSON SANTOS CORREIA	I e V
506	4284/989/23	Tupi Paulista	ALEXANDRE TASSONI ANTONIO	V
507	4382/989/23	Turiúba	RUBENS FERNANDO DE SOUZA	I e V
508	4285/989/23	Turmalina	ALEXANDRO RIBEIRO PEREIRA	V
509	4161/989/23	Ubarana	GOMIDES FERRAZ NETO	V
510	4564/989/23	Ubatuba	FLAVIA COMITTE DO NASCIMENTO	I e V
511	4162/989/23	Ubirajara	ADRIANA BOCARDI ALLEGRETTI	I e V
512	4322/989/23	Uchoa	JOSÉ CLÁUDIO MARTINS	I e V
513	4081/989/23	Uru	ROBSON EDUARDO FORTE	I
514	4286/989/23	Urupês	ALCEMIR CASSIO GREGGIO	I e V
515	4384/989/23	Valentim Gentil	ADILSON JESUS PEREZ SEGURA	I e V
516	4581/989/23	Valinhos	LUCIMARA ROSSI DE GODOY	V
517	4082/989/23	Vargem	LEODECIO ALVES DE LIMA	V
518	4287/989/23	Vargem Grande do Sul	AMARILDO DUZI MORAES	V
519	4466/989/23	Vargem Grande Paulista	JOSUÉ SILVEIRA RAMOS	I e V
520	4489/989/23	Várzea Paulista	RODOLFO WILSON RODRIGUES BRAGA	I e V

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

521	4385/989/23	Vera Cruz	RODOLFO SILVA DAVOLI	V
522	4570/989/23	Vinhedo	DARIO PACHECO DE MORAIS	V
523	4198/989/23	Viradouro	ANTÔNIO CARLOS RIBEIRO DE SOUZA	I e V
524	4163/989/23	Vista Alegre do Alto	LUIS ANTONIO FIORANI	V
525	4083/989/23	Vitória Brasil	PAULO HENRIQUE MIOTTO	V
526	4518/989/23	Votorantim	FABIOLA ALVES DA SILVA	I e V
527	4549/989/23	Votuporanga	JORGE AUGUSTO SEBA	I e V
528	4288/989/23	Zacarias	HEDER JEAN BRUNO DE OLIVEIRA	I e V

MUNICÍPIOS E ENTIDADES DA ADMINISTRAÇÃO INDIRETA QUE DEIXARAM DE ENVIAR O BALANCETE CONTÁBIL *

1. MUNICÍPIOS

ORDEM	PROCESSO	MUNICÍPIO	PREFEITO
1	4387/989/23	Américo Brasiliense	DIRCEU BRÁS PANO
2	4551/989/23	Aparecida	LUIZ CARLOS DE SIQUEIRA
3	4389/989/23	Araçariguama	RODRIGO DE ANDRADE
4	4587/989/23	Araraquara	EDSON ANTÔNIO EDINHO DA SILVA
5	4522/989/23	Barretos	PAULA OLIVEIRA LEMOS
6	4491/989/23	Batatais	LUIS FERNANDO BENEDINI GASPAR JUNIOR
7	4333/989/23	Buritama	RODRIGO ZACARIAS DOS SANTOS
8	4393/989/23	Cachoeira Paulista	ANTONIO CARLOS MINEIRO
9	4394/989/23	Cafelândia	TAÍS FERNANDA MAIMONI CONTIERI SANTANA
10	4209/989/23	Campina do Monte Alegre	TIAGO RICARDO FERREIRA
11	4104/989/23	Cristais Paulista	KATIUSCIA DE PAULA LEONARDO MENDES
12	4171/989/23	Dolcinópolis	AMÉRICO RIBEIRO DO NASCIMENTO
13	4107/989/23	Elias Fausto	MAURÍCIO BARONI BERNARDINETTI
14	4397/989/23	Engenheiro Coelho	ZEEDIVALDO ALVES DE MIRANDA
15	4595/989/23	Franca	ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA
16	4301/989/23	Guaimbê	MARCIA HELENA PEREIRA CABRAL ACHILLES
17	4402/989/23	Igarapava	JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
18	4304/989/23	Itapura	FABIO DOURADO
19	4005/989/23	Itirapuã	GERSON LUIZ ALVES
20	4232/989/23	Jaci	VALÉRIA PERPETUA GUIMARAES HENRIQUE
21	4598/989/23	Jaú	JORGE IVAN CASSARO
22	4360/989/23	Júlio Mesquita	TIRSO FERNANDES SOBREIRO JÚNIOR
23	4239/989/23	Manduri	JOSE ONIVALDO JUSTI
24	4240/989/23	Maracaí	PAULO EDUARDO DA SILVA
25	4364/989/23	Mirante do Paranapanema	ATILA RAMIRO MENEZES DOURADO
26	4540/989/23	Mococa	EDUARDO RIBEIRO BARISON
27	4487/989/23	Monte Alto	MARIA HELENA AGUIAR RETTONDINI
28	4497/989/23	Monte Mor	EDIVALDO ANTONIO BRISCHI
29	4498/989/23	Morro Agudo	VINICIUS CRUZ DE CASTRO
30	4127/989/23	Nantes	MARLLON JAFFER ALBANO DE OLIVEIRA
31	4436/989/23	Nova Granada	TANIA LIANA TOLEDO YUGAR
32	4019/989/23	Novais	PAULO CESAR DIAS PINHEIRO

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

33	4408/989/23	Pacaembu	JOÃO FRANCISCO MUGNAI NEVES
34	4409/989/23	Paulicéia	ANTONIO SIMONATO
35	4255/989/23	Pedregulho	DIRCEU POLO FILHO
36	4516/989/23	Pereira Barreto	JOÃO DE ALTAYR DOMINGUES
37	4261/989/23	Potim	ERICA SOLER SANTOS DE OLIVEIRA
38	4444/989/23	Presidente Epitácio	CASSIA REGINA ZAFFANI FURLAN
39	4455/989/23	Rancharia	MARCOS SLOBODTICOV
40	4445/989/23	Regente Feijó	ANDRE MARCELO ZUQUERATO DOS SANTOS
41	4146/989/23	Ribeirão Grande	MARCELO LUIS NUNES
42	4265/989/23	Rincão	BRAZ RODRIGUES
43	4375/989/23	Rosana	SILVIO GABRIEL
44	4447/989/23	Santa Fé do Sul	EVANDRO FARIAS MURA
45	4377/989/23	Santa Isabel	CARLOS AUGUSTO CHINCHILLA ALFONZO
46	4150/989/23	Santa Maria da Serra	JOSIAS ZANI NETO
47	4273/989/23	Santa Rosa de Viterbo	OMAR NAGIB MOUSSA
48	4448/989/23	Santo Anastácio	JOSE BONILHA SANCHES'
49	4378/989/23	Santo Antônio do Aracanguá	ROBERTO DONA
50	4317/989/23	São José da Bela Vista	WALTER CASSIO CARVALHO FACCIROLLI
51	4609/989/23	São Roque	MARCOS AUGUSTO ISSA HENRIQUES DE ARAUJO
52	4546/989/23	Serrana	LEONARDO CARESSATO CAPITELI
53	4569/989/23	Suzano	RODRIGO KENJI DE SOUZA ASHIUCHI
54	4320/989/23	Tarabai	JOSÉ ROQUE DA SILVA LIRA
55	4282/989/23	Terra Roxa	WALDYR MONACO FILHO

2. ENTIDADES MUNICIPAIS DA ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

ORDEM	PROCESSO	MUNICÍPIO	ENTIDADE	RESPONSÁVEL
1	2355/989/23	Araraquara	CTA - CONTROLADORIA DO TRANSPORTE DE ARARAQUARA	NILSON ROBERTO DE BARROS CARNEIRO
2	2834/989/23	Araraquara	FUNDAÇÃO MUNICIPAL IRENE SIQUEIRA ALVES VOVÓ MOCINHA - MATERNIDADE GOTA DE LEITE DE ARARAQUARA	LUCIA REGINA LIMA ORTIZ
3	2567/989/23	Assis	ASSISPREV - INSTITUTO DE PREVIDENCIA	CARLOS SERGIO DIAS PAIÃO
4	2918/989/23	Bady Bassitt	FUNDO MUNICIPAL DE SEGURIDADE - BADY BASSITT	NELSON LUIZ MARQUES DE MENDONÇA
5	2619/989/23	Barretos	INSTITUTO DE PREVIDENCIA DO MUNICIPIO DE BARRETOS	LINCOLN DEL BIANCO DE MENEZES CARVALHO
6	2259/989/23	Buritama	SERV. AUT. DE AGUA, ESGOTO E MEIO AMBIENTE	JOSE EDURADO MARINS
7	2260/989/23	Cafelândia	SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE CAFELÂNDIA	MARIA GRACIANA QUINTANILHA BARBOSA
8	2517/989/23	Campinas	INSTITUTO DE PREVID.SOCIAL DO MUNIC.DE CPS-CAMPREV	MARIONALDO FERNANDES MACIEL
9	2578/989/23	Cubatão	CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CUBATÃO	EDSON CARLOS DA SILVA
10	2413/989/23	Embaúba	SERVIÇO MUNICIPAL AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE EMBAÚBA	MÁRCIA ROSA
11	2922/989/23	Igaraçu do Tietê	FUNDO MUNICIPAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL	SEBASTIANA LOURENCETI DOS SANTOS

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

12	2630/989/23	Igarapava	INSTITUTO DE PREVIDENCIA DE IGARAPAVA	REGINALDO DE SOUZA
13	2633/989/23	Jaborandi	INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES PUBLICO-IPASP	LILIANISABEL C GAMBARATO
14	2381/989/23	Jaguariúna	SERVIÇO DE ÁGUA E ESGOTO DE JAGUARIÚNA	MARCIO GUSTAVO BERNARDES REIS
15	2193/989/23	Leme	FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LEMENSE	ANTONIO CARLOS PIRES DE MORAES
16	2323/989/23	Manduri	SAEMAN	VALDEMAR FERRUCI
17	2384/989/23	Mauá	AGENCIA REGULADORA DE SERVICOS PUBLICOS DE MAUA	FABRICIO FERREIRA DE ARAUJO TAVARES
18	2640/989/23	Morro Agudo	INSTITUTO DE PREVIDÊNICA MUNICIPAL DE MORRO AGUDO	FERNANDO CESAR PEREIRA
19	2593/989/23	Nova Guataporanga	IPRENOG - INST. DE PREV. MUNIC. DE N.GUATAPORANGA	JOSE ALESSANDRO PEREIRA
20	2541/989/23	Nova Luzitânia	INSTITUTO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL	EDSON LUIS BARTOLOMEU
21	2646/989/23	Paulo de Faria	INSTITUTO DE PREVID. DO MUNICIPIO DE PAULO DE FARIA	ANDREI DUARTE RIBEIRO FRIGERI
22	2953/989/23	Rio Grande da Serra	FUNDO DE PREVIDENCIA MUNICIPAL DE RIO GDE DA SERRA	MARCIA APARECIDA ALBANO SIQUEIRA
23	2206/989/23	Santa Rosa de Viterbo	FUNDAÇÃO CULTURAL DE SANTA ROSA DE VITERBO	FABIO MENDES MASSARO
24	2464/989/23	São Bernardo do Campo	EMPRESA DE TRANSPORTES COLETIVOS DE SÃO BERNARDO DO CAMPO	ADEMIR SILVESTRE DA COSTA
25	2181/989/23	São Bernardo do Campo	FUNDAÇÃO CRIANÇA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO	LAERTE SOARES DE ALMEIDA
26	2339/989/23	São Bernardo do Campo	INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO	ANA LUÍSA OLIVEIRA PONTES
27	2405/989/23	São José do Rio Pardo	DEPARTAMENTO DE ESPORTE E CULTURA	MAURO BUZATTO AMARAL,AGENOR RIBEIRO NETTO
28	2404/989/23	São José do Rio Pardo	FACULDADE DE FILOSOFIA CIENCIAS E LETRAS	GABRIELA DELLA TORRE E SILVA
29	2212/989/23	São José do Rio Pardo	FUNDACAO DE PESQUISA E TECNOLOGIA AGRICOLA	RODRIGO VIEIRA DE MORAES
30	2943/989/23	São Roque	FUNDO DE SEGURIDADE SOCIAL	VANDERLEI MASSARIOLI
31	2664/989/23	Suzano	INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SUZANO	JOEL DE BARROS BITTENCOURT
32	2410/989/23	Taubaté	UNIVERSIDADE DE TAUBATE	NARA LUCIA PERONDI FORTES
33	2670/989/23	Terra Roxa	INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE TERRA ROXA	JEAN ABBS DE CAMPOS
34	2934/989/23	União Paulista	FUNDO MUNICIPAL DE SEGURIDADE SERV.PUBL.- UNIAO PAULISTA	SUELI APARECIDA DA COSTA ARAUJO

CÂMARAS MUNICIPAIS QUE DEIXARAM DE ENVIAR O BALANCETE CONTÁBIL *

ORDEM	PROCESSO/TC	MUNICÍPIO	PRESIDENTE DA CÂMARA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

1	4998/989/23	Aramina	NIELI CAROLINI NEPONUCENO DE OLIVEIRA
2	4656/989/23	Barra do Chapéu	VALDECIR PEREIRA PAES
3	4675/989/23	Buritama	ADRIANO CARLO DE CARVALHO
4	5219/989/23	Diadema	ORLANDO VITORIANO DE OLIVEIRA
5	4765/989/23	Ipiguá	RENATO PAZIANOTO
6	4773/989/23	Itapirapuã Paulista	OSCAR NUNES DE ALMEIDA
7	4778/989/23	Itirapuã	DANIEL ANTÔNIO FERREIRA
8	5037/989/23	Jaci	APARECIDA DAISE TEIXEIRA DE JESUS
9	5038/989/23	Jambeiro	ROSANGELA MARIA ALMEIDA MACHADO
10	4814/989/23	Mirante do Paranapanema	RAMIRO FERREIRA DOURADO JUNIOR
11	4854/989/23	Patrocínio Paulista	LUCAS VICENTE ALVES DOS SANTOS
12	4860/989/23	Pedregulho	ROBERTO CESAR GABRIEL
13	4895/989/23	Rincão	ISABEL CRISTINA RODRIGUES MATTOS
14	5095/989/23	Terra Roxa	JOÃO APARECIDO DOS SANTOS

São Paulo, 04 de julho de 2023.

SÉRGIO CIQUERA ROSSI
SECRETÁRIO-DIRETOR GERAL

**** O descumprimento das Instruções poderá ensejar aplicação de multa, nos termos da Lei Complementar nº 709, de 1993.***

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0Z-AF28-61U3-7FWR

Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

NOTIFICAÇÃO DE ALERTAS

Processo TC	4402/989/23
Poder	EXECUTIVO
Município	Igarapava
Entidade	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Período	01/2023
Relator	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Unidade Fiscalizadora	UR-17 UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA
Responsável	JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Cargo	PREFEITO
CPF	162.070.128-60
Período de Gestão	01/01/2023 a 31/12/2023

Com base nas análises efetuadas sobre os dados relativos ao período em tela declarados a este Tribunal de Contas por força do disposto nas Instruções vigentes, vimos por meio deste alertá-lo(a) a respeito das seguintes situações:

ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO FISCAL

1 - Assunto de Fiscalização: CUMPRIMENTO DAS INSTRUÇÕES DO TCE

1.1 - CI01 - Cumprimento das entregas da documentação exigida pelo TCE

Não entrega dos seguintes documentos:

Tipo de Documento	Mês	Ano
BALANCETE ISOLADO CONTA CONTABIL	1	2023
BALANCETE ISOLADO CONTA CORRENTE	1	2023
LDO LEI INICIAL	1	2023
LOA LEI INICIAL	1	2023
LDO INICIAL ATA AUDIENCIA ELABORACAO	1	2023
LOA INICIAL ATA AUDIENCIA ELABORACAO	1	2023
PLAN LDO INICIAL	1	2023
PLAN LOA INICIAL	1	2023
Conciliações Bancárias Mensais	1	2023

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1P-BBN6-5V5G-41WB

Por oportuno, esclarecemos que em virtude do apurado, deverão ser observadas as exigências contidas na legislação supra citada, a fim de evitar possíveis sanções de ordem administrativa e/ou penal.

Data da Geração: **28/04/2023**
Hora da Geração: **22:44:29**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1P-BBN6-5V5G-41WB

Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

NOTIFICAÇÃO DE ALERTAS

Processo TC	4402/989/23
Poder	EXECUTIVO
Município	Igarapava
Entidade	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Período	02/2023
Relator	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Unidade Fiscalizadora	UR-17 UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA
Responsável	JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Cargo	PREFEITO
CPF	162.070.128-60
Período de Gestão	01/01/2023 a 31/12/2023

Com base nas análises efetuadas sobre os dados relativos ao período em tela declarados a este Tribunal de Contas por força do disposto nas Instruções vigentes, vimos por meio deste alertá-lo(a) a respeito das seguintes situações:

ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO FISCAL

1 - Assunto de Fiscalização: CUMPRIMENTO DAS INSTRUÇÕES DO TCE

1.1 - CI01 - Cumprimento das entregas da documentação exigida pelo TCE

Não entrega dos seguintes documentos:

Tipo de Documento	Mês	Ano
BALANCETE ISOLADO CONTA CONTABIL	2	2023
BALANCETE ISOLADO CONTA CORRENTE	2	2023
Publ. RREO Balanço Orçamentário	2	2023
Publ. RREO Dem. Função / Subfunção	2	2023
Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com Manutenção e Desenvolvimento do Ensino (Anexo 8 RREO)	2	2023
Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde	2	2023
Conciliações Bancárias Mensais	2	2023

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1P-BBN6-5V5G-41WB

Entrega intempestiva dos demais documentos exigidos para o período em análise.

Por oportuno, esclarecemos que em virtude do apurado, deverão ser observadas as exigências contidas na legislação supra citada, a fim de evitar possíveis sanções de ordem administrativa e/ou penal.

Data da Geração: **29/04/2023**
Hora da Geração: **06:29:12**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1P-BBN6-5V5G-41WB

Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

NOTIFICAÇÃO DE ALERTAS

Processo TC	4402/989/23
Poder	EXECUTIVO
Município	Igarapava
Entidade	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Período	03/2023
Relator	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Unidade Fiscalizadora	UR-17 UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA
Responsável	JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Cargo	PREFEITO
CPF	162.070.128-60
Período de Gestão	01/01/2023 a 31/12/2023

Com base nas análises efetuadas sobre os dados relativos ao período em tela declarados a este Tribunal de Contas por força do disposto nas Instruções vigentes, vimos por meio deste alertá-lo(a) a respeito das seguintes situações:

ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO FISCAL

1 - Assunto de Fiscalização: CUMPRIMENTO DAS INSTRUÇÕES DO TCE

1.1 - CI01 - Cumprimento das entregas da documentação exigida pelo TCE

Não entrega dos seguintes documentos:

Tipo de Documento	Mês	Ano
PARECER CONSELHO FUNDEB	3	2023

Entrega intempestiva dos demais documentos exigidos para o período em análise.

Por oportuno, esclarecemos que em virtude do apurado, deverão ser observadas as exigências contidas na legislação supra citada, a fim de evitar possíveis sanções de ordem administrativa e/ou penal.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1P-BBN6-5V5G-41WB

Data da Geração: **12/07/2023**
Hora da Geração: **20:24:26**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1P-BBN6-5V5G-41WB

Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

NOTIFICAÇÃO DE ALERTAS

Processo TC	4402/989/23
Poder	EXECUTIVO
Município	Igarapava
Entidade	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Período	05/2023
Relator	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Unidade Fiscalizadora	UR-17 UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA
Responsável	JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Cargo	PREFEITO
CPF	162.070.128-60
Período de Gestão	01/01/2023 a 31/12/2023

Com base nas análises efetuadas sobre os dados relativos ao período em tela declarados a este Tribunal de Contas por força do disposto nas Instruções vigentes, vimos por meio deste alertá-lo(a) a respeito das seguintes situações:

ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO FISCAL

1 - Assunto de Fiscalização: CUMPRIMENTO DAS INSTRUÇÕES DO TCE

1.1 - CI01 - Cumprimento das entregas da documentação exigida pelo TCE

Não entrega dos seguintes documentos:

Tipo de Documento	Mês	Ano
Conciliações Bancárias Mensais	5	2023

Entrega intempestiva dos demais documentos exigidos para o período em análise.

Por oportuno, esclarecemos que em virtude do apurado, deverão ser observadas as exigências contidas na legislação supra citada, a fim de evitar possíveis sanções de ordem administrativa e/ou penal.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1P-BBN6-5V5G-41WB

Data da Geração: **21/07/2023**
Hora da Geração: **23:04:57**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1P-BBN6-5V5G-41WB

Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

NOTIFICAÇÃO DE ALERTAS

Processo TC	4402/989/23
Poder	EXECUTIVO
Município	Igarapava
Entidade	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Período	06/2023
Relator	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Unidade Fiscalizadora	UR-17 UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA
Responsável	JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Cargo	PREFEITO
CPF	162.070.128-60
Período de Gestão	01/01/2023 a 31/12/2023

Com base nas análises efetuadas sobre os dados relativos ao período em tela declarados a este Tribunal de Contas por força do disposto nas Instruções vigentes, vimos por meio deste alertá-lo(a) a respeito das seguintes situações:

ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO FISCAL

1 - Assunto de Fiscalização: CUMPRIMENTO DAS INSTRUÇÕES DO TCE

1.1 - CI01 - Cumprimento das entregas da documentação exigida pelo TCE

Nenhum documento foi entregue no período em análise

Por oportuno, esclarecemos que em virtude do apurado, deverão ser observadas as exigências contidas na legislação supra citada, a fim de evitar possíveis sanções de ordem administrativa e/ou penal.

Data da Geração: **29/07/2023**
Hora da Geração: **00:29:38**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1P-BBN6-5V5G-41WB

RELATÓRIO GERENCIAL :: SITUAÇÃO DE ENTREGA

INFORMAÇÕES SOBRE O RELATÓRIO

Data/Hora de Geração do Relatório: 01/08/2023 11:12

Data/Hora da Última Atualização da Situação de Entrega: 01/08/2023 03:28

DADOS INFORMADOS:

Município: Igarapava

Entidade: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Período: 1/2023 à 7/2023

Município	Entidade	Tipo de Documento	Referê	Ano	Dt. Prazo de En	Entregue	Entregue no Prazo	Dt. de Entrega	Conselheiro
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	11	2022	12/01/2023	Sim	Não	02/03/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	12	2022	01/02/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	1	2023	15/03/2023	Sim	Não	11/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	2	2023	27/03/2023	Sim	Não	17/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	3	2023	20/04/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	5	2023	20/06/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CONTABIL	6	2023	20/07/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	11	2022	12/01/2023	Sim	Não	02/03/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	12	2022	01/02/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	1	2023	15/03/2023	Sim	Não	11/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	2	2023	27/03/2023	Sim	Não	17/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	3	2023	20/04/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	5	2023	20/06/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-CONTA-CORRENTE	6	2023	20/07/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LDO-LEI-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LOA-LEI-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LDO-INICIAL-ATA-AUDIENCIA-ELABORACAO	1	2023	01/02/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	LOA-INICIAL-ATA-AUDIENCIA-ELABORACAO	1	2023	01/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-AVALIAÇÃO-CUMPRIMENTO	12	2022	15/03/2023	Sim	Não	14/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-AVALIAÇÃO-CUMPRIMENTO	4	2023	15/06/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-FUNDEB	3	2023	02/05/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-SAUDE	12	2022	15/03/2023	Sim	Não	04/05/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PARECER-CONSELHO-SAUDE	4	2023	15/06/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-ACOES-SAUDE	12	2022	15/03/2023	Sim	Não	12/05/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	ATA-AUDIENCIA-ACOES-SAUDE	4	2023	15/06/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Balanço Orçamentário	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Função / Subfunção	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Apuração RCL	2	2023	31/07/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previde	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	15/05/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Dem. Receitas e Despesas Previde	2	2023	31/07/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Nominal	2	2023	31/07/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Resultado Primário	2	2023	31/07/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Restos a Pagar	2	2023	31/07/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Oper. Crédito X Desp. Capital	1	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Projeção Atuarial do RPPS	1	2022	03/03/2023	Sim	Não	17/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RREO - Aplic. Recursos de Alienação de Ati	1	2022	03/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. RGF - Executivo	12	2022	03/03/2023	Sim	Não	19/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Remuneração Cargos e Empregos Públicos	1	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Aplic. na Manut. e Desenv. do Ensino	12	2022	01/02/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. Aplic. na Manut. e Desenv. do Ensino	3	2023	02/05/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com M	12	2022	01/02/2023	Sim	Não	20/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonst. de Receitas e Despesas com M	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Publ. do Demonstrativo das Receitas e Despesas	2	2023	31/03/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-ATUALIZADA	12	2022	31/01/2023	Sim	Não	05/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LDO-ATUALIZADA	4	2023	31/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-INICIAL	1	2023	06/02/2023	Sim	Não	19/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-ATUALIZADA	12	2022	31/01/2023	Sim	Não	05/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-LOA-ATUALIZADA	4	2023	31/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-PPA-ATUALIZADO	12	2022	31/01/2023	Sim	Não	05/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	PLAN-PPA-ATUALIZADO	4	2023	31/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Relatório de Atividades	12	2022	06/03/2023	Sim	Não	14/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Relação de Contratos de Concessão e Permissão	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Mapa de Precatórios	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	10/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Fixação da Remuneração de Agentes Políticos	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Concessão de Reajuste de Agentes Políticos	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Dados de Balanços Isolados	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	14/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Questionário de Serviços de Saneamento Básico	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Questionário de Contratos de Programa	12	2022	31/03/2023	Sim	Não	03/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	11	2022	23/01/2023	Sim	Não	02/03/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	12	2022	27/02/2023	Sim	Não	05/04/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	1	2023	27/03/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	2	2023	10/04/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	3	2023	02/05/2023	Sim	Não	29/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	4	2023	01/06/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Conciliações Bancárias Mensais	5	2023	30/06/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Men	12	2022	10/01/2023	Sim	Não	25/01/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Men	2	2023	10/03/2023	Sim	Não	18/03/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Men	3	2023	10/04/2023	Sim	Não	14/04/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Men	4	2023	10/05/2023	Sim	Não	18/05/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Men	5	2023	12/06/2023	Sim	Não	16/06/2023	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	Atualização do Cadastro Geral de Entidades - Men	6	2023	10/07/2023	Não			Dra. Cristiana de Castro Moraes
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-13-(	13	2022	16/02/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-13-(	13	2022	16/02/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-14-(	14	2022	03/03/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa
Igarapava	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA	BALANCETE-ISOLADO-ENCERRAMENTO-14-(	14	2022	03/03/2023	Sim	Não	31/03/2023	Dr. Renato Martins Costa

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - 'link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2D-GHP4-7J4D-5QUQ

Tribunal de Contas do Estado de São Paulo

INSTRUÇÃO DO PERÍODO

Processo TC	4402/989/23
Poder	EXECUTIVO
Município	Igarapava
Entidade	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
Período	06/2023
Relator	Dra. Cristiana de Castro Moraes
Unidade Fiscalizadora	UR-17 UNIDADE REGIONAL DE ITUVERAVA
Responsável	JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Cargo	PREFEITO
CPF	162.070.128-60
Período de Gestão	01/01/2023 a 31/12/2023

Em atendimento ao disposto nas Instruções e Ordem de Serviço vigentes, temos a informar o seguinte:

ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO FISCAL

1 - Assunto de Fiscalização: CUMPRIMENTO DAS INSTRUÇÕES DO TCE

1.1 - CI01 - Cumprimento das entregas da documentação exigida pelo TCE

Não entregou nenhum documento no período em análise

2 - Assunto de Fiscalização: LRF

2.1 - GF15 - Análise da Receita (Execução Orçamentária)

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZP-JH33-6KFQ-4T88

2.2 - GF16 - Análise da Despesa (Execução Orçamentária)

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

2.3 - GF20 - Análise do Resultado Primário - LOA Atualizada X Meta da LDO

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

2.4 - GF22 - RPPS - Previsão X Realização das Receitas Previdenciárias

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

2.5 - GF23 - RPPS - Análise das Disponibilidades Financeiras do Regime Previdenciário

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

2.6 - GF26 - Análise dos Restos a Pagar - Movimentação até o Período

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

2.7 - GF56 - Análise do artigo 167-A da CF/1988

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolados essenciais para a análise do período.

3 - Assunto de Fiscalização: ENSINO

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZP-JH33-6KFQ-4T88

3.1 - AE02 - Planejamento Atualizado de Aplicação em Ensino

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

3.2 - AE03 - Aplicação de Recursos Próprios em Ensino com base na Despesa Liquidada

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

3.3 - AE04 - Aplicação de Recursos Próprios em Ensino com base na Despesa Empenhada

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

3.4 - AE05 - Aplicação de Recursos do FUNDEB

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

3.5 - AE06 - Aplicação de Recursos do FUNDEB na remuneração do Magistério

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

3.6 - AE08 - Repasses Decendiais (Estimado)

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

4 - Assunto de Fiscalização: SAÚDE

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZP-JH33-6KFQ-4T88

4.1 - AS02 - Planejamento Atualizado de Aplicação em Saúde

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

4.2 - AS03 - Aplicação de Recursos Próprios em Saúde com base na Despesa Liquidada

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

4.3 - AS04 - Aplicação de Recursos Próprios em Saúde com base na Despesa Empenhada

O município não entregou os balancetes Conjunto/Isolado essenciais para a análise do período.

Os valores que não se referem ao período examinado são extraídos dos relatórios de Instrução Anteriores.

Data da Geração: **29/07/2023**
Hora da Geração: **00:29:39**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUZP-JH33-6KFQ-4T88

ESTADO DE SÃO PAULO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA
RUA SÃO SALVADOR, 70 – telef: 3172 3086
Email: igarapavasaude@gmail.com

Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB)
Relação das Unidades de Saúde da Família – Igarapava

CNES	Nome da Unidade/Tipo	Endereço/Email Telefone	AVCB
2745984	UBS Dr. Aluísio Antonio Maciel Filho - ESF Evaristo Rodrigues Nunes/UBS	Rua Manoel Pignati, 339 marianacostaramalho2016@gmail.com 31724960	Em fase de elaboração. Contrato anexo.
5554187	UBS Dr. Manoel Ribeiro Soares – ESF Waldir Dib Mattar	Rua José Peres Filho, 185 nagelajorge@hotmail.com 31727559	Em fase de elaboração. Contrato anexo.
2745526	UBS Valda Maria dos Santos Souza - ESF Valda Maria dos Santos Souza	Rua Maria José Prado Soares, 175 souza.thais89@hotmail.com 31727567	Em fase de elaboração. Contrato anexo.
2746182	UBS Dr. Jamil Jorge Fiod - ESF Vila Gomes	Rua Pacifico Pinheiro, 09 adrielelemosc@gmail.com 31725016	Em fase de elaboração. Contrato anexo.
2032457	UBS Oswaldo de Sousa Filho - ESF Saudade	Avenida 22 de maio, 4060 iza_felizz@hotmail.com 31721289	Em fase de elaboração. Contrato anexo.
7277199	UBS Dr. Alcides Antonio Maciel - ESF Central	Rua Capitão Vitoriano Machado, 490 ana.carolina.terra@hotmail.com 31724581	Em fase de elaboração. Contrato anexo.

Igarapava, 12 de junho de 2023

Jose André Neto
Diretor
Departamento Municipal de Saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS
Assinado por 1 pessoa: JOSÉ ANDRÉ NETO
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/RV0P-7AF0-5P9I-4MWS

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS.
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4400-1735 e informe o código D176-DC50-4400-1735

TERMO DE CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA/SP E A EMPRESA VSA ENGENHARIA LTDA

N° DO CONTRATO: 070/2023
VALOR DO CONTRATO: R$ 51.242,80

O MUNICÍPIO DE IGARAPAVA/SP, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 45.324.290/0001-67, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Prefeito Municipal, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, portador do RG nº 23.646.285 SSP/SP e do CPF n° 162.070.128-60, e a empresa **VSA ENGENHARIA LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº 12.443.265/0001-43, com sede à Avenida Silvano Faria, Nº 890, cidade de Promissão, Estado de São Paulo, doravante denominada CONTRATADA, neste ato representada por Vanderlei Martin Salinas, portador do RG nº 44.586.437-0, inscrito no CPF sob o nº 383.598.328-89, residente e domiciliado a Avenida Silvano Faria, Nº 890, Bairro Centro, cidade de Promissão, Estado de São Paulo, firmam o presente Termo de Contrato, concernente à **TOMADA DE PREÇOS Nº 029/2022**, Termo De Homologação e Adjudicação publicado no Diário Oficial do Município em 28/02/2023, sujeitando-se os contratantes às normas da legislação aplicável à espécie, especialmente a Lei Federal nº 8.666/93, Decreto Federal 9.412/2018, Lei Orgânica do Município e Lei complementar 123/2006 e demais legislações aplicáveis e às seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA I – DO OBJETO

1.1. É objeto deste instrumento a contratação de empresa especializada para **ELABORAÇÃO DE PROJETOS BÁSICOS E EXECUTIVOSDE PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO (INCLUINDO A OBTENÇÃO DO AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS – AVCB) E AREGULARIZAÇÃO DAS EDIFICAÇÕES DAS ESCOLAS MUNICIPAIS, DAS UNIDADES DE SAÚDE, DO RECINTO MUNICIPAL DE EXPOSIÇÕES, DA CASA DA CULTURA E DA ASSOCIAÇÃO DOS CATADORES DE RECICLÁVEIS DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA, JUNTO AO CORPO DE BOMBEIROS DO ESTADO DE SÃO PAULO – CBMESP**, conforme Termo de Referência, projetos básicos e demais anexos, em atendimento do Departamento Municipal de Engenharia.

1.1.1. O objeto contempla a elaboração dos seguintes projetos e serviços:
a) Projeto de Prevenção e Combate a Incêndio;
b) Planilha Orçamentária da Obra, com memória de cálculo detalhada e composições de custo unitário;
c) Memorial Descritivo;
d) Obtenção do Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros – AVCB.

CLÁUSULA II – DO PRAZO DE EXECUÇÃO E CONDIÇÕES

2.1. O contrato terá vigência de **12 (doze) meses**, prorrogáveis, a partir de sua assinatura.

2.1.1 A execução dos serviços deverá ser efetivada no período de **90 (noventa) dias**, prorrogáveis, contados a partir da emissão da Ordem de Serviços.

2.1.2. A Ordem de Serviços só será encaminhada após a assinatura do contrato.

CLAUSULA III – DO VALOR

3.1. O valor total deste contrato é de **R$ 51.242,80 (cinquenta e um mil, duzentos e quarenta e dois reais e oitenta centavos).**

3.2. Deverão estar incluídas, além do lucro, todas as despesas e custos, como por exemplo: transportes, licenciamentos, seguros contra danos materiais e terceiros e responsabilidade civil, tributos de qualquer natureza e todas as despesas diretas ou indiretas, relacionadas com a execução do objeto deste contrato.

CLÁUSULA IV – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1. O pagamento será efetuado,mensalmente, 30 (trinta) dias após a aprovação de cada medição dos serviços executados (medições, conforme cronograma físico-financeiro), condicionado à apresentação da documentação fiscal e liquidação da despesa, a qual será processada no Departamento de Finanças.

4.1.1. <u>As medições serão por serviços executados e não por percentual do serviço.</u>

4.2. Na Nota Fiscal deverá constar o número do respectivo processo licitatório e o necessário “de acordo” do titular do Departamento de Engenharia.

4.2.1. Na Nota Fiscal a descrição do serviço deverá estar igual a prevista no objeto deste contrato para o devido pagamento.

4.3. Na eventualidade de aplicação de multas, estas deverão ser automaticamente descontadas do pagamento a que fizer jus à CONTRATADA.

CLÁUSULA V – DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1. As despesas, decorrentes da execução, objeto deste contrato, correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias, suplementadas se necessário:

020301 04 122 0046 2297 0000 Manutenção Divisão Administração
135 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
0.01.00 110.000 GERAL

020401 10 301 0150 2025 0000 Manutenção da Administração da Saúde
168 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4A0D-173E e informe o código D176-DC50-4A0D-173E

0.01.00 310.000 SAÚDE–GERAL

020501 08 244 0120 2038 0000 Manut. Fundo Munic. Assistencia Social
240 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
0.01.00 510.000 ASSISTÊNCIA SOCIAL-GERAL

020602 12 365 0210 2014 0000 Manutenção do Ensino Infantil Pre-Escola
334 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
0.01.00 213.000 EDUC.INFANTIL-PRÉ-ESCOLA Convênios/entid

020603 12 365 0210 2290 0000 Manutençao do Ensino Infantil-Creche
345 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
0.01.00 212.000 EDUC.INFANTIL-CRECHE-Convênios/entidades

020605 12 361 0210 2190 0000 Manutenção do Ensino Fundamental
402 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
0.01.00 220.000 ENSINO FUNDAMENTAL-Convênios/entidades/f

020605 12 361 0210 2190 0000 Manutenção do Ensino Fundamental
403 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
0.02.16 200.013 SALARIO EDUCAÇÃO-QESE

020606 12 361 0210 2230 0000 Manutenção do Fundeb - Fundamental
422 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
0.02.10 262.000 EDUCAÇÃO-FUNDEB-OUTROS

020701 13 392 0270 2034 0000 Manut Ativbidades Promoção Artisticas e Culturais
509 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
0.01.00 110.000 GERAL

020701 27 812 0372 2021 0000 Manut.das Atividades Esportivas
534 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
0.01.00 110.000 GERAL

020801 15 451 0280 2028 0000 Manutencao Servicos Obras e Fiscalizaçao
563 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
0.01.00 110.000 GERAL

021001 20 605 0218 2308 0000 Manutencao da Divisão de Agricultura, Meio Ambiente e Obras
627 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA
0.01.00 110.000 GERAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4A0D-1735 e informe o código D176-DC50-4A0D-1735

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS.
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4A0D-173E e informe o código D176-DC50-4A0D-173E

Recursos: Próprio, Estadual, Federal

CLÁUSULA VI – DA FISCALIZAÇÃO

6.1. A fiscalização dos serviços será efetuada pelo titular do Departamento de Engenharia ou preposto por ele designado.

6.2. A fiscalização terá poderes para:

6.2.1. Sustar quaisquer serviços que não estejam de acordo com este contrato, ou com a boa técnica, ou que atente contra a segurança e bens do MUNICÍPIO e de terceiros, mediante notificação, por escrito, à CONTRATADA.

6.2.2. Transmitir à CONTRATADA as determinações e instruções do Departamento de Engenharia ou preposto por ele designado.

6.2.3. Ordenar a imediata retirada de empregado, que embaraçar ou dificultar a sua ação fiscalizadora, ou cuja permanência nos serviços, for julgada inconveniente pela Fiscalização, correndo por conta exclusiva da CONTRATADA, quaisquer ônus originários das leis trabalhistas e previdenciárias, bem como qualquer outra despesa que tal fato possa decorrer.

6.2.4. Examinar os documentos referentes à quitação regular da CONTRATADA, para com a Previdência Social, FGTS, ISS e outros decorrentes.

6.2.5. Praticar quaisquer atos, nos limites do contrato, que se destinem a preservar todo e qualquer direito do MUNICÍPIO.

6.3. As determinações referentes às prioridades dos serviços, bem como a solução dos casos concernentes a esse assunto ficará a cargo da fiscalização.

6.4. A ação da fiscalização não diminui a completa responsabilidade da CONTRATADA pela execução dos serviços, ora contratados.

CLÁUSULAVII – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

7.1. Acompanhar e fiscalizar, por meio de preposto designado pelo Departamento de Engenharia, a execução dos serviços, objeto deste contrato.

7.1.1. A gestora e fiscal do contrato será a Engenheira Denise Helena Salvino Marcelino, CPF: 215.202.308-00 – CREA/SP: 5061581854.

7.2. Paralisar ou suspender a qualquer tempo a execução dos serviços contratados, de forma parcial ou total, mediante pagamento único e exclusivo dos serviços executados;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS.
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4400-1735 e informe o código D176-DC50-4400-1735

7.3. Efetuar os pagamentos na forma e prazo previstos neste contrato.

CLÁUSULA VIII – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

8.1. A CONTRATADA deverá manter, durante todo prazo do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, conforme disposto no artigo 55, inciso XIII da Lei Federal nº 8.666/93.

8.2. Executar os serviços contratados, dentro da melhor técnica, em consonância com o Termo de Referência, obedecendo rigorosamente às normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas e Técnicas, especificações e instruções do Município.

8.2.1. Soluções e conceitos de projeto devem ser apresentados e discutidos com o corpo técnico do Departamento de Engenharia da Prefeitura Municipal de Igarapava, cabendo a este a escolha de melhor performance e desempenho técnico-econômico.

8.2.2. Todos os materiais e sua aplicação ou instalação devem obedecer ao prescrito pelas Normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), pelo Decreto do Corpo de Bombeiros e suas Instruções Técnicas, por toda a legislação nos âmbitos municipal, estadual e federal, Manuais das Companhias Concessionárias e pelos órgãos licenciadores, quando aplicáveis e vigentes.

8.2.3. Todo o material e equipamento necessários para execução dos trabalhos, serão a cargo da CONTRATADA.

8.2.4.O projeto básico deverá contemplar os desenhos nas escalas e formatos exigidas pelo CBMSP e/ou outros órgãos reguladores,com todas as informações necessárias para as aprovações, as quais serão de responsabilidade da empresa CONTRATADA.

8.2.4.1. Inclui-se no escopo o acompanhamento de protocolo e tramitação do processo de aprovação.

8.2.4.2. As adequações dos projetos, caso sejam exigidas pelos órgãos legais, ficarão a cargo da CONTRATADA, sem ônus ao CONTRATANTE.

8.2.5. As taxas necessárias para aprovação dos projetos serão de responsabilidade da CONTRATADA, bem como os serviços burocráticos junto aos órgãos competentes, desde o protocolo de entrada até a aprovação final.

8.2.6. As impressões e cópias destinadas à aprovação nos diversos órgãos e para as entregas (Projetos Básico, Executivo e correções) ao do Departamento de Engenharia da Prefeitura Municipal de Igarapava, inclusive seus custos, serão de responsabilidade da CONTRATADA, não havendo qualquer tipo de reembolso pelo Município.

8.2.7. A CONTRATADA deverá se responsabilizar pela segurança da obra/serviço até o seu recebimento definitivo pela CONTRATANTE.

8.3. Responsabilizar-se, técnica e civilmente pelos serviços executados.

8.4. Participar ao Poder Público, com a antecedência necessária, eventuais diligências a seu encargo.

8.5. Cientificar o Município do andamento do serviço, quando for o caso.

8.6. Assumir toda responsabilidade pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e empresariais oriundos da execução dos serviços, objeto desta licitação.

8.7. Executar, imediatamente, adequações que se fizerem necessárias, nos serviços de sua responsabilidade, apontados pela fiscalização.

8.8. Responsabilizar-se por danos causados diretamente à CONTRATANTE ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do contrato, ou por seu empregado ou preposto, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade à fiscalização ou o seu acompanhamento.

8.9. A CONTRATADA deverá efetuar o recolhimento do ISSQN na Cidade de Igarapava em conformidade com a Lei Complementar 116/2003 e Código Tributário Municipal, com a apresentação, mensalmente, da respectiva guia de recolhimento.

8.10. A CONTRATADA será a única responsável pelo local de armazenamento dos materiais (que não será disponibilizado pelo Município) devendo informar o endereço para a CONTRATANTE.

8.10.1. Serão de sua responsabilidade, o transporte de materiais e equipamentos, seu manuseio e sua total integridade, até a entrega final e aprovação por parte da Fiscalização.

CÁUSULA IX – DA GARANTIA DO CONTRATO

9.1.A CONTRATADA deverá prestar garantia até 05 (cinco) dias úteis após a assinatura do instrumento contratual, correspondente a 5% (cinco por cento) do valor do contrato, mediante caução em dinheiro, em títulos da dívida pública, fiança bancária ou seguro-garantia.

9.2.A garantia será restituída à CONTRATADA após a conclusão da obra e respectivo pagamento final efetuado pelo Município e, quando em dinheiro, atualizada monetariamente.

9.3. A garantia assegurará qualquer que seja a modalidade escolhida, o pagamento de:

9.3.1. Prejuízos advindos do não cumprimento do contrato;

9.3.2. Multas punitivas aplicadas pela FISCALIZAÇÃO à CONTRATADA;

9.3.3. Prejuízos diretos causados ao MUNICÍPIO decorrentes de culpa ou dolo durante a execução do contrato;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4400-1735 e informe o código D176-DC50-4400-1735

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4A0D-173E e informe o código D176-DC50-4A0D-173E

9.3.4. Obrigações previdenciárias e trabalhistas não honradas pela CONTRATADA.

9.4. Na hipótese do valor global da proposta da licitante classificada, for inferior a 80% (oitenta por cento) do menor valor a que se refere às alíneas "a" e "b" do art. 48, da Lei nº 8.666/93, será exigida, para a assinatura do contrato, garantia adicional, nas modalidades dispostas na norma legal citada, correspondente ao valor da diferença obtida da média aritmética efetuada conforme expresso nas alíneas supracitadas e o valor da proposta.

CLÁUSULA X – DAS SANÇÕES E PENALIDADES

10.1. Na hipótese de descumprimento ou da inexecução total ou parcial do contrato, o MUNICÍPIO, garantido a apresentação de prévia defesa, aplicará à CONTRATADA, sem prejuízo da responsabilização civil e penal cabíveis, as seguintes sanções:

a) Advertência;

b) Multa, na seguinte forma:

b.1) Verificando-se o não cumprimento de exigências previamente formuladas pela fiscalização, ou de outras quaisquer disposições do contrato, o Município de Igarapava/SP poderá, através de comunicações escritas e sem prejuízo da rescisão, aplicar à CONTRATADA a multa, equivalente a 0,2% (dois décimos por cento) do valor total do objeto, por dia de atraso, no atendimento da exigência formulada.

c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo de até 02 (dois) anos.

d) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

d.1) A reabilitação será realizada perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a qual será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir a Administração dos prejuízos, após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem anterior.

10.2. As sanções previstas nos subitens **"a", "c" e "d**" poderão ser aplicadas juntamente com a do subitem **"b",**facultada a defesa prévia da interessada, no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

10.3. Se o atraso no cumprimento de prazo estipulado acima ultrapassar 30 (trinta) dias, o Município de Igarapava poderá optar pela rescisão do contrato nos termos do subitem 10.1, tudo sem prejuízo da aplicação das demais sanções previstas neste contrato.

10.4. As multas não são compensatórias e não excluem as perdas e danos resultantes.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS.
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4400-1735 e informe o código D176-DC50-4400-1735

CLÁUSULA XI – DA RESCISÃO

11.1. O MUNICÍPIO poderá rescindir o contrato, unilateralmente, sem que caiba qualquer direito de indenização ou retenção, se a CONTRATADA:

11.1.1. Infringir qualquer cláusula do contrato.

11.1.2. Recusar-se a executar qualquer serviço, desde que suas razões não tenham sido prévia e devidamente aceitas pela fiscalização.

11.1.3. Deixar de cumprir as exigências da fiscalização relativas aos serviços a serem executados.

11.1.4. Não cumprir os prazos de execução dos serviços fixados no cronograma.

11.2. Rescindido o contrato por culpa da CONTRATADA ou por qualquer um dos motivos do subitem 11.1, a CONTRATADA indenizará o MUNICÍPIO por todos os prejuízos decorrentes.

11.3. Rescindido o contrato, a CONTRATADA não terá direito a qualquer indenização por serviços não realizados, retendo o MUNICÍPIO, as importâncias porventura devidas por serviços já executados, e ainda não pagas, para cobertura das multas, juros e demais encargos que couberem pela rescisão a que a CONTRATADA houver dado motivo.

CLÁUSULA XII – DO RECEBIMENTO DO OBJETO

12.1. Concluídos os serviços, procederá o MUNICÍPIO, por meio da fiscalização, dentro de 10 (dez) dias seguintes ao da entrega da comunicação que, por escrito, neste sentido, lhe fizer a CONTRATADA, a um exame minucioso, a fim de recebê-las provisoriamente.

12.2. Após aquele recebimento, a CONTRATADA ficará obrigada a fazer, às suas expensas, durante o prazo de observação de, no máximo, 30 (trinta) dias, os reparos e substituições necessários, em consequência de vícios, porventura existentes.

12.3. Findo este prazo, e dentro dos 90 (noventa) dias seguintes, procederá o MUNICÍPIO, por meio de sua fiscalização, o exame para o recebimento definitivo a ser efetivado, mediante a lavratura de um termo e sem prejuízo da responsabilidade da CONTRATADA, no que se refere à hipótese prevista no art. 618 do Código Civil Brasileiro.

12.4.O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade civil pela solidez e segurança dos serviços, dentro dos limites estabelecidos por lei e pelo contrato.

CLÁUSULA XIII – DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO

13.1. Obrigam-se, tanto os servidores desta Administração Pública quanto a CONTRATADA, dentre outros princípios, aos postulados da legalidade, moralidade, isonomia, da vinculação ao instrumento convocatório e da promoção do desenvolvimento nacional sustentável;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS.
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4A0D-173E e informe o código D176-DC50-4A0D-173E

13.2. A CONTRATADA deverá observar os mais altos padrões éticos durante o processo licitatório e à aquisição proposta no presente instrumento, responsabilizando-se pela veracidade das informações e documentações apresentadas, estando sujeitos às sanções previstas na legislação brasileira;

13.3. Para os propósitos disciplinados nesta Cláusula, definem-se as seguintes práticas:

a) Prática corrupta: Oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com o objetivo de influenciar a ação de servidor público no processo de licitação ou na execução do Termo de Contrato;

b) Prática fraudulenta: Falsificar ou omitir atos administrativos ou fatos deles decorrentes, com o objetivo de influenciar o processo de licitação ou execução do Termo de Contrato, ou utilizar de artifícios para obter vantagens sobre os demais licitantes;

c) Prática de conluio: Esquematizar ou estabelecer um acordo entre dois ou mais licitantes participantes, com ou sem o conhecimento de representantes ou prepostos do órgão de licitação, visando estabelecer preços em níveis artificiais e não competitivos;

d) Prática coercitiva: Causar dano ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, as pessoas ou a sua propriedade, visando influenciar sua participação em processo de licitação ou afetar a execução do Termo de Contrato;

e) Prática obstrutiva: Destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou fazer declarações falsas aos representantes do organismo financeiro multilateral, com o objetivo de impedir materialmente a apuração de alegações de prática prevista acima atos cuja intenção seja impedir materialmente o exercício de direito de o organismo financeiro multilateral promover inspeção.

CLÁUSULA XIV – DA PROTEÇÃO E TRANSMISSÃO DE DADOS PESSOAIS E/OU BASE DE DADOS

14.1. As partes se comprometem a tratar os dados pessoais envolvidos na confecção e necessários à execução do presente Contrato, única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação e normas técnicas aplicáveis sobre segurança da informação e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando, à Lei Geral de proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018), sob pena de incidência de multa por descumprimento contratual, para a qual se estipula o valor de 20% (vinte por cento) do valor total do contrato, sem prejuízo de perdas e danos.

14.2. O tratamento de dados pessoais somente poderá ser realizado nas seguintes hipóteses constantes no art. 7º da Lei 13.709/2018: mediante o fornecimento de consentimento pelo titular; para cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador pela administração pública, para o tratamento e uso compartilhado de dados necessários à execução de políticas públicas previstas em leis e regulamentos ou respaldadas em contratos, convênios ou instrumentos congêneres, e nas demais condições constantes do artigo 7º da presente lei.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS.
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4A0D-173E e informe o código D176-DC50-4A0D-173E

CLÁUSULA XV – DA OBSERVÂNCIA À LEI ANTICORRUPÇÃO

15.1. As partes CONTRATANTES comprometem-se a observar os preceitos legais instituídos pelo ordenamento jurídico brasileiro no que tange ao combate à corrupção, em especial a Lei n.º 12.846, de 1º de agosto de 2013, e, no que lhe forem aplicáveis, os seguintes tratados internacionais:

15.1.1. Convenção sobre o Combate da Corrupção de Funcionários Públicos Estrangeiros em Transações Comerciais Internacionais (Convenção da OCDE) – Decreto n.º 3.678/2000;

15.1.2. Convenção Interamericana Contra a Corrupção (Convenção da OEA) – Decreto n.º 4.410/2002;

15.1.3. Convenção das Nações Unidas Contra a Corrupção (Convenção das Nações Unidas) – Decreto n.º 5.678/2006.

15.2. A CONTRATADA declara, por si e por seus administradores, funcionários, representantes e outras pessoas que agem em seu nome, direta ou indiretamente, estar ciente dos dispositivos contidos na Lei n.º 12.846/2013;

15.3. A CONTRATADA se obriga a tomar todas as providências para fazer com que seus administradores, funcionários e representantes tomem ciência quanto ao teor da mencionada Lei n.º 12.846/2013;

15.4. A CONTRATADA, no desempenho das atividades objeto deste CONTRATO, compromete-se perante à CONTRATANTE a abster-se de praticar ato(s) que possa(m) constituir violação à legislação aplicável ao presente instrumento pactual, incluindo aqueles descritos na Lei n.º 12.846/2013, art. 5º.

15.5. Qualquer descumprimento das regras da Lei Anticorrupção e suas regulamentações, por parte da CONTRATADA, em qualquer um dos seus aspectos, poderá ensejar:

15.5.1. Instauração do Procedimento de Apuração da Responsabilidade Administrativa – PAR, nos termos do Decreto n.º 8.420/2015, com aplicação das sanções administrativas cabíveis;

15.5.2. Ajuizamento de ação com vistas à responsabilização na esfera judicial, nos termos dos artigos 18 e 19 da Lei n.º 12.846/2013.

15.6. A CONTRATADA obriga-se a conduzir os seus negócios e práticas comerciais de forma ética e íntegra em conformidade com os preceitos legais vigentes no país.

CLÁUSULA XVI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

16.1. Integram este contrato, independente de transcrição, todos os documentos vinculados ao Processo de Licitação – Tomada de Preços nº 029/2022, especialmente os termos do Edital e da respectiva proposta da CONTRATADA, observados, no que couber, os disciplinamentos ditados na Lei Federal 8.666/93 e suas alterações posteriores.

16.2. Os casos omissos serão resolvidos com base na legislação em vigor.

16.3. As alterações posteriores, que se façam necessárias no presente instrumento, serão efetuadas por “Termos Aditivos”, que integrarão o contrato, para todos os fins e efeitos de direito.

CLÁUSULA XVII – DO FORO

17.1. As partes elegem o Foro de Igarapava/SP, para dirimir quaisquer conflitos oriundos deste contrato, renunciando a qualquer outro especial ou de exceção.

E, por estarem assim contratadas, as partes assinam este contrato em 01 (uma) via digital, juntamente com 02 (duas) testemunhas, podendo extrair quantas cópias forem necessárias.

Igarapava/SP, em 28 de fevereiro de 2023

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
PREFEITO MUNICIPAL
CONTRATANTE

VANDERLEI MARTIN SALINAS
VSA ENGENHARIA LTDA
CONTRATADA

DENISE HELENA SALVINO MARCELINO
GESTORA E FISCAL DO CONTRATO
CPF: 215.202.308-00
CREA SP: 5061581854

Testemunhas:

1) _____ CPF:_____

2) _____ CPF:_____

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS.
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4A0D-1735 e informe o código D176-DC50-4A0D-1735

ANEXO LC-01 - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO (CONTRATOS) ***(REDAÇÃO DADA PELA RESOLUÇÃO Nº 11/2021)***

CONTRATANTE: **PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA**

CONTRATADO: **VSA ENGENHARIA LTDA**

CONTRATO Nº (DE ORIGEM): **070/2023**

OBJETO: Contratação de empresa especializada para ELABORAÇÃO DE PROJETOS BÁSICOS E EXECUTIVOSDE PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO (INCLUINDO A OBTENÇÃO DO AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS – AVCB) E AREGULARIZAÇÃO DAS EDIFICAÇÕES DAS ESCOLAS MUNICIPAIS, DAS UNIDADES DE SAÚDE, DO RECINTO MUNICIPAL DE EXPOSIÇÕES, DA CASA DA CULTURA E DA ASSOCIAÇÃO DOS CATADORES DE RECICLÁVEIS

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante e e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, DIA 28 DE FEVEREIRO DE 2023

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: **José Ricardo Rodrigues Mattar**

Cargo: **Prefeito**

CPF: **162.070.128-60**

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS.
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4400-1735 e informe o código D176-DC50-4400-1735

E-mail Institucional: **prefeitura@igarapava.sp.gov.br**

E-mail pessoal: **jradvocacia.iga@hotmail.com**

Telefone: **(16) 3172-1030**

RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:

Nome: **José Ricardo Rodrigues Mattar**

Cargo: **Prefeito**

CPF: **162.070.128-60**

E-mail Institucional: **prefeitura@igarapava.sp.gov.br**

E-mail pessoal: **jradvocacia.iga@hotmail.com**

Telefone: **(16) 3172-1030**

Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

Pelo contratante:

Nome: **José Ricardo Rodrigues Mattar**

Cargo: **Prefeito**

CPF: **162.070.128-60**

E-mail Institucional**: prefeitura@igarapava.sp.gov.br**

E-mail pessoal: **jradvocacia.iga@hotmail.com**

Telefone: **(16) 3172-1030**

Assinatura: _____

Pela contratada:

Nome: **VANDERLEI MARTIN SALINAS**

Cargo: **SOCIO**

CPF: **383.598.328-89**

E-mail Institucional: **contato@vsaengenharia.com**

E-mail pessoal: **contato@vsaengenharia.com**

Telefone: (14) 3541-0355

Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:

Nome: **José Ricardo Rodrigues Mattar**

Cargo: **Prefeito**

CPF: **162.070.128-60**

E-mail Institucional: prefeitura@igarapava.sp.gov.br

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS.
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4A0D-1735 e informe o código D176-DC50-4A0D-1735

E-mail pessoal: jradvocacia.iga@hotmail.com

Telefone: (16) 3172-1030

Assinatura: _____

GESTOR(ES) DO CONTRATO:

Nome: **DENISE HELENA SALVINO MARCELINO**

Cargo: **DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA**

CPF: **215.202.308-00**

CREA SP: **5061581854**

Assinatura: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Nome: **DENISE HELENA SALVINO MARCELINO**

Cargo: **DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA**

CPF: **215.202.308-00**

CREA SP: **5061581854**

Assinatura: _____

(*) - O Termo de Ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. *(inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021)*

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://iguarassu1.dpc.com.br/validar/D176-DC50-4400-1735 e informe o código D176-DC50-4400-1735

ANEXO LC-02 - CADASTRO DO RESPONSÁVEL

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA/SP
CONTRATADA: VSA ENGENHARIA LTDA
CONTRATO Nº (DE ORIGEM): 070/2023
OBJETO: Contratação de empresa especializada para ELABORAÇÃO DE PROJETOS BÁSICOS E EXECUTIVOSDE PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO (INCLUINDO A OBTENÇÃO DO AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS – AVCB) E AREGULARIZAÇÃO DAS EDIFICAÇÕES DAS ESCOLAS MUNICIPAIS, DAS UNIDADES DE SAÚDE, DO RECINTO MUNICIPAL DE EXPOSIÇÕES, DA CASA DA CULTURA E DA ASSOCIAÇÃO DOS CATADORES DE RECICLÁVEIS DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA, JUNTO AO CORPO DE BOMBEIROS DO ESTADO DE SÃO PAULO – CBMESP

Nome	José Ricardo Rodrigues Mattar
Cargo	Prefeito Municipal
RG nº	23.646.285 SSP/SP
CPF nº	162.070.128-60
Endereço (*)	Rua Cerqueira César, n° 109 – Centro
Telefone	(16) 3172 – 1030
E-mail Institucional	prefeitura@igarapava.sp.gov.br
E-mail pessoal (*)	jradvocacia.iga@hotmail.com

(*) Não deve ser o endereço/e-mail do Órgão e/ou Poder. Deve ser o endereço/e-mail onde poderá ser encontrado(a), caso não esteja mais exercendo o mandato ou cargo.

Responsável pelo atendimento a requisições de documentos do TCESP

Nome	Bruno Rene Cruz Rafachini
Cargo	Diretor Departamento Jurídico
Endereço Comercial do Órgão/Setor	Rua Dr. Gabriel Vilela, n° 413 - Centro
Telefone e Fax	(16) 3173-8200
E-mail Institucional	prefeitura@igarapava.sp.gov.br

IGARAPAVA/SP, 28 DE FEVEREIRO DE 2023

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
PREFEITO MUNICIPAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS.
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava1.doc.com.br/validarcaso/D176-DC50-4400-1735 e informe o código D176-DC50-4400-1735

ANEXO LC-03 - DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA.
CNPJ Nº:45.324.290/0001-67
CONTRATADA: VSA ENGENHARIA LTDA
CNPJ Nº: 12.443.265/0001-43
CONTRATO N° (DE ORIGEM): 070/2023
DATA DA ASSINATURA: 28/02/2023
VIGÊNCIA: 12 (doze) meses
OBJETO: Contratação de empresa especializada para ELABORAÇÃO DE PROJETOS BÁSICOS E EXECUTIVOSDE PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO (INCLUINDO A OBTENÇÃO DO AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS – AVCB) E AREGULARIZAÇÃO DAS EDIFICAÇÕES DAS ESCOLAS MUNICIPAIS, DAS UNIDADES DE SAÚDE, DO RECINTO MUNICIPAL DE EXPOSIÇÕES, DA CASA DA CULTURA E DA ASSOCIAÇÃO DOS CATADORES DE RECICLÁVEIS DO MUNICÍPIO DE IGARAPAVA, JUNTO AO CORPO DE BOMBEIROS DO ESTADO DE SÃO PAULO – CBMESP

VALOR (R$): 51.242,80 (cinquenta e um mil, duzentos e quarenta e dois reais e oitenta centavos)

Declaramos, na qualidade de responsáveis pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, em especial, os a seguir relacionados, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados:
a) memorial descritivo dos trabalhos e respectivo cronograma físico-financeiro;
b) orçamento detalhado em planilhas que expressem a composição de todos os seus custos unitários;
c) previsão de recursos orçamentários que assegurem o pagamento das obrigações decorrentes de obras ou serviços a serem executados no exercício financeiro em curso, de acordo com o respectivo cronograma;
d) comprovação no Plano Plurianual de que o produto das obras ou serviços foi contemplado em suas metas;
e) as plantas e projetos de engenharia e arquitetura.

IGARAPAVA/SP, 28 DE FEVEREIRO DE 2023

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
PREFEITO MUNICIPAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS.
Assinado por 5 pessoas: DENISE HELENA SALVINO MARCELINO, YGOR ALEXANDER OLIVATO, JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, CINTIA NATANE MORETE e VANDERLEI MARTIN SALINAS
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4A0D-1735 e informe o código D176-DC50-4A0D-1735

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: D176-DC50-4A0D-173F

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- DENISE HELENA SALVINO MARCELINO (CPF 215.XXX.XXX-00) em 28/02/2023 19:41:52 (GMT-03:00)
  Papel: Parte
  Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- YGOR ALEXANDER OLIVATO (CPF 308.XXX.XXX-67) em 01/03/2023 10:02:48 (GMT-03:00)
  Papel: Parte
  Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR (CPF 162.XXX.XXX-60) em 01/03/2023 10:12:09 (GMT-03:00)
  Papel: Parte
  Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- CINTIA NATANE MORETE (CPF 384.XXX.XXX-28) em 01/03/2023 11:07:18 (GMT-03:00)
  Papel: Parte
  Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- VANDERLEI MARTIN SALINAS (CPF 383.XXX.XXX-89) em 01/03/2023 14:12:09 (GMT-03:00)
  Papel: Parte
  Emitido por: AC SERASA RFB v5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/D176-DC50-4A0D-173F

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0P-7AF0-5P9I-4MWS

Concurso Público/Processo Seletivo - 2021

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

Concurso Público/Processo Seletivo: 001/2020

Cargo: AGENTE COMUNITARIO ESF EVARISTO

Prazo de validade inicial até: 15/01/2023

TC: 6682/989/22

Homologado em: 15/01/2021

Número de vagas do edital:

Prazo de validade prorrogado até:

Classificação	Nome do admitido	PIS / PASEP	Data da admissão	Observação
1	MARCIA CRISTINA GOBBI DE SOUZA	17024939778	01/03/2021	

Elaborado por: ELIANA TIYAKO KURIMORI AFONSO

Responsável: ELIANA TIYAKO KURIMORI AFONSO

Relatório emitido: 03/03/2022

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0U-87CM-629T-43HS

Concurso Público/Processo Seletivo - 2021

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

TC: 6682/989/22

Concurso Público/Processo Seletivo: 001/2020

Homologado em: 15/01/2021

Cargo: AGENTE COMUNITARIO ESF VALDA

Número de vagas do edital:

Prazo de validade inicial até: 15/01/2023

Prazo de validade prorrogado até:

Classificação	Nome do admitido	PIS / PASEP	Data da admissão	Observação
1	LEONARDO MATHEUS BARBOZA	20486385706	01/03/2021	
2	CASSIO LOBIANCO GOMES	19063877938	01/03/2021	

Elaborado por: ELIANA TIYAKO KURIMORI AFONSO

Responsável: ELIANA TIYAKO KURIMORI AFONSO

Relatório emitido: 03/03/2022

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0U-87CM-629T-43HS

Concurso Público/Processo Seletivo - 2021

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA

TC: 6682/989/22

Concurso Público/Processo Seletivo: 001/2020

Homologado em: 15/01/2021

Cargo: AGENTE COMUNITARIO ESF WALDIR

Número de vagas do edital:

Prazo de validade inicial até: 15/01/2023

Prazo de validade prorrogado até:

Classificação	Nome do admitido	PIS / PASEP	Data da admissão	Observação
1	MILTON ALVES SILVEIRA JUNIOR	12914459892	01/03/2021	
2	JESSICA FERNANDA FURTADO	20486373007	01/03/2021	
3	RAIZA VELOSO SOARES	16575491252	01/03/2021	
4	FRANCIELI CAROLINE COSTA	19063871778	01/03/2021	

Elaborado por: ELIANA TIYAKO KURIMORI AFONSO

Responsável: ELIANA TIYAKO KURIMORI AFONSO

Relatório emitido: 03/03/2022

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP.
Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0U-87CM-629T-43HS

Lista de Classificação (Geral)

Cargo Agente Comunitário ESF Evaristo (Rua Manoel Pignatti, 339)

Coloc.	Nº Inscrição	Nome	RG	Nasc.	Prova Objetiva	Prova Títulos	Nota final
1º	0313611	MARCIA CRISTINA GOBBI DE SOUZA	165298133	16/02/1969	56,667	0,000	56,667

Qtd. Candidatos: 1

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1A-FBDJ-5N8V-COHH

Lista de Classificação (Geral)

Cargo Agente Comunitário ESF Valda (Rua Maria Jose Prado, 175)

Coloc.	Nº Inscrição	Nome	RG	Nasc.	Prova Objetiva	Prova Títulos	Nota final
1º	0320163	LEONARDO MATHEUS BARBOZA	39034512X	27/12/1997	63,333	0,000	63,333
2º	0316589	CASSIO LOBIANDO GOMES	451785216	20/08/1998	63,333	0,000	63,333

Qtd. Candidatos: 2

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1A-FBDJ-5N8V-COHH

Lista de Classificação (Geral)

Cargo Agente Comunitário ESF Waldir (Rua Antônia Bortoleto, 935)

Coloc.	Nº Inscrição	Nome	RG	Nasc.	Prova Objetiva	Prova Títulos	Nota final
1º	0312974	MILTON ALVES SILVEIRA JUNIOR	229596599	06/12/1977	50,000	0,000	50,000
2º	0313303	JESSICA FERNANDA FURTADO	405961273	30/11/1994	50,000	0,000	50,000
3º	0320880	RAIZA VELOSO SOARES	564181006	29/08/1997	50,000	0,000	50,000
4º	0313656	FRANCIELI CAROLINE COSTA	497885761	27/11/1998	50,000	0,000	50,000

Qtd. Candidatos: 4

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1A-FBDJ-5N8V-COHH

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413-CENTRO – CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 8200 3172 3878
e_mail : rh@igarapava.sp.gov.br

CERTIDÃO

Em atenção à requisição solicitada pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – UR.17 – Unidade Regional Ituverava, **Certifico** que no Concurso Publico de nº 001/2020, vigente, os candidatos classificados para o cargo/emprego de Agente Comunitário - ESF já foram convocados e empossados, não existindo mais candidatos na lista de espera.

Certifico mais que, até a presente data, não existe concurso publico em andamento para o cargo/emprego de Agente Comunitário – ESF.

Igarapava, SP, 21 de junho de 2.023.

Eliana Tiyako Kurimori Afonso
Matrícula – 112181-1
Departamento de Recursos Humanos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2V-5JY7-6YDF-7DDB

ADVERTÊNCIA
Este texto n&#65533;o substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

CAPÍTULO I - DAS POLÍTICAS DE SAÚDE (art. 2º ao art. 5º)

Seção I - Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (art. 2º)

Seção II - Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde (art. 3º)

Seção III - Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais (art. 4º)

Seção IV - Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (art. 5º)

CAPÍTULO II - DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (art. 6º ao art. 7º)

Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde (art. 6º)

Seção II - Das Políticas de Atenção a Agravos Específicos (art. 7º)

CAPÍTULO III - DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DO SUS (art. 8º)

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 9º ao art. 10)

ANEXOS

Anexo I Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (art. 2º ao art. 16)

CAPÍTULO II DO COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (art. 17 ao art. 23)

Anexo II Regulamento da Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

CAPÍTULO I DO COLEGIADO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL (art. 2º ao art. 7º)

CAPÍTULO II DO FÓRUM NACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (art. 8º ao art. 9º)

Anexo III Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

CAPÍTULO I DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL (art. 3º ao art. 17)

CAPÍTULO II DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH) (art. 18 ao art. 19)

CAPÍTULO III DA PREVENÇÃO DE CONTAMINAÇÃO PELO HIV, POR INTERMÉDIO DO ALEITAMENTO MATERNO E DOS PROCEDIMENTOS ÉTICOS, LEGAIS E MORAIS NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO SEM RISCO (art. 20)

CAPÍTULO IV DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE FORTIFICAÇÃO DE FARINHAS DE TRIGO, DE MILHO E DE SEUS SUBPRODUTOS (art. 21 ao art. 28)

Anexo 1 do Anexo III POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Anexo 2 do Anexo III DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA E ATUAÇÃO DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH)

Anexo IV Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Anexo V Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE (art. 2º ao art. 12)

CAPÍTULO II DO COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE (art. 13 ao art. 19)

Anexo VI Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública

Anexo VII Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

Anexo 1 do Anexo VII Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

Anexo VIII Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio

Anexo IX Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 3º)

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES (art. 4º ao art. 20)

Seção I Dos Princípios Gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (art. 5º)

Seção II Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Promoção da Saúde (art. 6º ao art. 7º)

Seção III Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Prevenção do Câncer (art. 8º ao art. 9º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Seção IV Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Vigilância, ao Monitoramento e à Avaliação (art. 10 ao art. 11)

Seção V Dos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral (art. 12 ao art. 14)

Seção VI Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Ciência e à Tecnologia (art. 15 ao art. 16)

Seção VII Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Educação (art. 17 ao art. 18)

Seção VIII Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Comunicação em Saúde (art. 19 ao art. 20)

CAPÍTULO III DAS RESPONSABILIDADES (art. 21 ao art. 26)

Seção I Das Responsabilidades das Esferas de Gestão do SUS (art. 21 ao art. 25)

Seção II Das Responsabilidades das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde (art. 26)

CAPÍTULO IV DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO (art. 27)

Seção I Das Disposições Gerais (art. 27)

CAPÍTULO V DA REDE COLABORATIVA PARA QUALIFICAR O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO (art. 28 ao art. 31)

CAPÍTULO VI DO COMITÊ TÉCNICO ASSESSOR PARA ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA (art. 32 ao art. 34)

CAPÍTULO VII DO PRIMEIRO TRATAMENTO DO PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA, NO ÂMBITO DO SUS (art. 35 ao art. 49)

CAPÍTULO VIII DO FINANCIAMENTO (art. 50)

CAPÍTULO IX DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 51 ao art. 52)

Anexo X Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 2º ao art. 20)

TÍTULO II DO MÉTODO CANGURU (art. 21)

TÍTULO III DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC) (art. 22 ao art. 32)

CAPÍTULO I DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERATIVOS PELA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA IHAC (art. 24)

CAPÍTULO II DA HABILITAÇÃO À IHAC (art. 25 ao art. 27)

CAPÍTULO III DO MONITORAMENTO (art. 28)

CAPÍTULO IV DA REAVALIAÇÃO TRIENAL (art. 29)

CAPÍTULO V DA DESABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE À IHAC (art. 30)

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 31 ao art. 32)

TÍTULO IV DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (art. 33 ao art. 37)

TÍTULO V DO COMITÊ NACIONAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E NEONATAL (art. 38 ao art. 40)

TÍTULO VI DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUE OFEREÇAM ATENDIMENTO PEDIÁTRICO EM REGIME DE INTERNAÇÃO (art. 41)

Anexo 1 do Anexo X Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru

Anexo 2 do Anexo X Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes

Anexo 3 do Anexo X TABELA DE HABILITAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)

Anexo 4 do Anexo X TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Anexo 5 do Anexo X TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Anexo 6 do Anexo X MERCOSUL/GMC/RES. N° 04/05

Anexo 7 do Anexo X INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Anexo 8 do Anexo X REGULAMENTO DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE

Anexo XI Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Anexo 1 do Anexo XI Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Anexo 2 do Anexo XI Obrigatoriedade da viabilização de meios que permitam a presença de acompanhantes a pacientes idosos em hospitais públicos

Anexo XII Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Anexo XIII Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Anexo 1 do Anexo XIII Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Anexo XIV Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Anexo 1 do Anexo XIV Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Anexo 2 do Anexo XIV Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena

Anexo 3 do Anexo XIV Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas

Anexo 4 do Anexo XIV Comitê Consultivo de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Anexo 5 do Anexo XIV Certificado Hospital Amigo do Índio

Anexo XV Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

CAPÍTULO I DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES (art. 5º ao art. 7º)

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS (art. 8º)

CAPÍTULO III DAS ESTRATÉGIAS (art. 9º)

CAPÍTULO IV DAS RESPONSABILIDADES (art. 10 ao art. 15)

Seção I Das Atribuições dos Gestores do SUS (art. 10 ao art. 13)

Seção II Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas (art. 14 ao art. 15)

CAPÍTULO V DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO (art. 16 ao art. 17)

CAPÍTULO VI DO FINANCIAMENTO (art. 18)

Anexo 1 do Anexo XV Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Anexo XVI Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009

CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (art. 2º ao art. 11)

CAPÍTULO II DOS CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR) POR MUNICÍPIO (art. 12 ao art. 15)

CAPÍTULO III DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA (art. 16 ao art. 20)

Anexo 1 do Anexo XVI Número de Consultórios de Rua por Cidade

Anexo 2 do Anexo XVI Número de equipes em função da população em situação de rua

Anexo XVII Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 3º)

CAPÍTULO II DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI (art. 4º ao art. 10)

Seção I Dos Princípios (art. 5º)

Seção II Dos Objetivos (art. 6º ao art. 7º)

Seção III Da Organização (art. 8º ao art. 10)

CAPÍTULO III DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE (art. 11 ao art. 26)

Seção I Das Atribuições da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios (art. 14 ao art. 22)

Seção II Das Atribuições do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) (art. 23)

Seção III Do Financiamento (art. 24 ao art. 26)

CAPÍTULO IV DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (art. 27 ao art. 29)

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 30 ao art. 31)

Anexo 1 do Anexo XVII Atribuições das Equipes de Referência em Saúde e Responsabilidades Setoriais Interfederativas

Anexo 2 do Anexo XVII Plano Operativo

Anexo 3 do Anexo XVII Plano de Ação

Anexo XVIII Regulamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014

CAPÍTULO I DAS NORMAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP) NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) (art. 2º ao art. 8º)

CAPÍTULO II DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS EM SAÚDE PRISIONAL (art. 9º ao art. 15)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

CAPÍTULO III DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) (art. 16 ao art. 28)

Anexo 1 do Anexo XVIII Modelo de termo de habilitação dos serviços e equipes em saúde no sistema prisional (ESP)

Anexo 2 do Anexo XVIII Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados

Anexo 3 do Anexo XVIII Termo de adesão para implantação do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei

Anexo 4 do Anexo XVIII Plano de ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei

Anexo XIX Aprova a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Anexo 1 do Anexo XIX Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Anexo 2 do Anexo XIX Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN)

Anexo XX Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS (art. 2º ao art. 8º)

CAPÍTULO II DO GRUPO DA TERRA (art. 9º ao art. 15)

Anexo XXI Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (art. 2º ao art. 8º)

CAPÍTULO II DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (COMITÊ TÉCNICO LGBT) (art. 9º ao art. 14)

Anexo 1 do Anexo XXI Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)

Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI Normas de habilitação para a atenção especializada no processo transexualizador

Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI Formulário de vistoria do gestor para habilitação do estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador

Anexo C do Anexo 1 do Anexo XXI Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador

Anexo D do Anexo 1 do Anexo XXI Alteração na Tabela de Serviço/classificação do SCNES

Anexo E do Anexo 1 do Anexo XXI Inclusão de Procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Anexo XXI-A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani

Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 2º ao art. 11)

Seção I Das Responsabilidades (art. 7º ao art. 11)

CAPÍTULO II DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (art. 12 ao art. 40)

Seção I Do processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal (art. 12)

Seção II Dos NASF (art. 13 ao art. 15)

Seção III Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense (art. 16 ao art. 31)

Seção IV Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (art. 32 ao art. 40)

CAPÍTULO III DOS PROFISSIONAIS (art. 41 ao art. 58)

Seção I Das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico (art. 41 ao art. 49)

Seção II Das especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico (art. 50 ao art. 58)

Anexo 1 do Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização

Anexo 2 do Anexo XXII Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição

Anexo 3 do Anexo XXII Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da Família

Anexo 4 do Anexo XXII Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro

Anexo 5 do Anexo XXII Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica

Anexo XXIII Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE (art. 2º ao art. 15)

CAPÍTULO II DA PARTICIPAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE (art. 16 ao art. 20)

Seção I Disposições Gerais (art. 16 ao art. 17)

Seção II Dos critérios da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte dos estados participantes da Amazônia Legal (art. 18 ao art. 20)

Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 5º)

CAPÍTULO II DAS DIRETRIZES (art. 6º)

CAPÍTULO III DOS EIXOS ESTRUTURANTES (art. 7º ao art. 37)

Seção I Do Eixo de Assistência Hospitalar (art. 8º ao art. 17)

Seção II Do Eixo de Gestão Hospitalar (art. 18 ao art. 23)

Seção III Dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar (art. 24 ao art. 27)

Seção IV Do Eixo de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho (art. 28 ao art. 30)

Seção V Do Eixo de Financiamento (art. 31 ao art. 33)

Seção VI Do Eixo de Contratualização (art. 34 ao art. 36)

Seção VII Do Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão (art. 37)

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS (art. 38 ao art. 39)

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 40 ao art. 41)

Anexo 1 do Anexo XXIV Da modalidade de assistência em regime de hospital-dia

Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia

Anexo 2 do Anexo XXIV Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 3º)

CAPÍTULO II DAS RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO (art. 4º ao art. 5º)

CAPÍTULO III DAS RESPONSABILIDADES DOS HOSPITAIS (art. 6º ao art. 13)

Seção I Do Eixo de Assistência (art. 7º)

Seção II Do Eixo de Gestão (art. 8º)

Seção III Do Eixo de Ensino e Pesquisa (art. 9º)

Seção IV Do Eixo de Avaliação (art. 10 ao art. 13)

CAPÍTULO IV DO FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS (art. 14 ao art. 20)

CAPÍTULO V DA CONTRATUALIZAÇÃO (art. 21 ao art. 32)

Seção I Do Instrumento Formal de Contratualização (art. 21 ao art. 24)

Seção II Do Documento Descritivo (art. 25 ao art. 27)

Seção III Do Repasse dos Recursos Financeiros (art. 28 ao art. 31)

Seção IV Da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (art. 32)

CAPÍTULO VI DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (art. 33 ao art. 34)

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 35 ao art. 38)

Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV Programação orçamentária a constar de Documento descritivo

Anexo XXV Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

Anexo 1 do Anexo XXV Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

Anexo 2 do Anexo XXV Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS

Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXV Criação e diretriz do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS

Anexo 3 do Anexo XXV Aprova a definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga na PNPIC

Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga

Anexo XXVI Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde

CAPÍTULO I DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SUS (art. 2º ao art. 11)

Anexo 1 do Anexo XXVI Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)

Anexo XXVII Política Nacional de Medicamentos (PNM)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

CAPÍTULO I DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME) (art. 3º ao art. 9º)

Seção I Disposições Gerais (art. 3º ao art. 7º)

Seção II Do Formulário Terapêutico Nacional (art. 8º ao art. 9º)

CAPÍTULO II DAS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS (art. 10 ao art. 11)

CAPÍTULO III DOS PRODUTOS OU PROCESSOS FARMACÊUTICOS CONSIDERADOS DE INTERESSE PARA AS POLÍTICAS DE MEDICAMENTO OU DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA EXAME DE PRÉVIA ANUÊNCIA DA ANVISA (art. 12 ao art. 14)

CAPÍTULO IV DOS CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS PELOS LABORATÓRIOS OFICIAIS DE PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS EM SUAS LICITAÇÕES PARA AQUISIÇÃO DE MATÉRIA PRIMA (art. 15 ao art. 17)

CAPÍTULO V DA COMISSÃO PERMANENTE DE BAIXA E DESCARTE DE MEDICAMENTOS (art. 18 ao art. 23)

Anexo 1 do Anexo XXVII Política Nacional de Medicamentos (PNM)

Anexo 2 do Anexo XXVII Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais

Anexo XXVIII Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)

TÍTULO I DO ASSESSORAMENTO TÉCNICO PARA PACTUAÇÃO (art. 1º ao art. 29)

CAPÍTULO I DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS BASES DAS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS, DAQUELES DESTINADOS À ATENÇÃO BÁSICA, BEM COMO DAS AÇÕES INERENTES À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (art. 1º ao art. 2º)

CAPÍTULO II DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AO SUPRIMENTO DE MEDICAMENTOS INTEGRANTES DO PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS (art. 3º ao art. 4º)

CAPÍTULO III DO COMITÊ NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS (art. 5º ao art. 29)

TÍTULO II DA POSSIBILIDADE DOS ENTES FEDERATIVOS AMPLIAREM O ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (art. 30 ao art. 32)

TÍTULO III DAS NORMAS DE FINANCIAMENTO E DE EXECUÇÃO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) (art. 33 ao art. 46)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 33 ao art. 34)

CAPÍTULO II DAS RESPONSABILIDADES EXECUTIVAS (art. 35 ao art. 43)

CAPÍTULO III DO CONTROLE E MONITORAMENTO (art. 44 ao art. 46)

TÍTULO IV DAS REGRAS DE FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) (art. 47 ao art. 112)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 48 ao art. 63)

CAPÍTULO II DA EXECUÇÃO (art. 64 ao art. 95)

Seção I Da Solicitação (art. 69 ao art. 71)

Seção II Da Avaliação (art. 72 ao art. 74)

Seção III Da Autorização (art. 75 ao art. 77)

Seção IV Da Dispensação (art. 78 ao art. 86)

Seção V Da Renovação da Continuidade do Tratamento (art. 87)

Seção VI Do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) (art. 88 ao art. 95)

CAPÍTULO III DA PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO (art. 96 ao art. 107)

Seção I Dos Medicamentos de Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde (art. 100 ao art. 107)

Subseção I Da Programação Anual (art. 103)

Subseção II Da Programação Trimestral (art. 104)

Subseção III Do Controle e Monitoramento da Programação (art. 105 ao art. 107)

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 108 ao art. 112)

Anexo XXIX Regulamento da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012

Anexo XXX Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida

Anexo XXXI Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Anexo XXXII Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

Anexo XXXIII Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

Anexo XXXIV Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia

CAPÍTULO I DA REDE MULTICÊNTRICA DE AVALIAÇÃO DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS (REMATO) (art. 2º ao art. 5º)

CAPÍTULO II DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA (art. 6º ao art. 11)

CAPÍTULO III DA CÂMARA TÉCNICA EM TRÁUMATO - ORTOPEDIA (art. 12 ao art. 13)

Anexo XXXV Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO)

Anexo XXXVI Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias

Anexo XXXVII Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica

Anexo XXXVIII Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 3º)

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS (art. 4º ao art. 5º)

CAPÍTULO III DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES (art. 6º ao art. 7º)

CAPÍTULO IV DAS RESPONSABILIDADES (art. 8º ao art. 11)

CAPÍTULO V DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO (art. 12)

CAPÍTULO VI DA ESTRUTURA DA LINHA DE CUIDADO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (art. 13 ao art. 21)

CAPÍTULO VII DO FINANCIAMENTO (art. 22 ao art. 24)

CAPÍTULO VIII DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO (art. 25 ao art. 28)

CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 29 ao art. 38)

Anexo 1 do Anexo XXXVIII Serviço Especializado 168 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras

Anexo 2 do Anexo XXXVIII Tabela de Habilitações para à Atenção às Pessoas com Doenças Raras

Anexo 3 do Anexo XXXVIII Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS

Anexo 4 do Anexo XXXVIII Compatibilidade dos Procedimentos Relativos à Assistência à Pessoa com Doença Rara no SUS

Anexo 5 do Anexo XXXVIII Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação de Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras

Anexo 6 do Anexo XXXVIII ALTERAÇÕES DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS

Anexo XXXIX Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)

Anexo 1 do Anexo XXXIX Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)

Anexo XL Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (art. 2º ao art. 20)

CAPÍTULO II DOS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS (art. 21 ao art. 27)

CAPÍTULO III DA COMISSÃO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS (art. 28 ao art. 31)

CAPÍTULO IV DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL COM O OBJETIVO DE PROMOVER MEDIDAS QUE GARANTAM O SUPORTE TÉCNICO-ADMINISTRATIVO NECESSÁRIO AO DESENVOLVIMENTO DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (UNA-SUS) (art. 32 ao art. 34)

CAPÍTULO V DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE (art. 35 ao art. 47)

CAPÍTULO VI DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS (art. 48 ao art. 50)

Anexo 1 do Anexo XL Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor

Anexo 2 do Anexo XL INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Anexo XLI Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde

Anexo XLII Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (art. 1º ao art. 2º)

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES (art. 3º ao art. 8º)

Seção I Dos Princípios Gerais da PNIIS (art. 4º)

Seção II Das Diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov) (art. 5º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Seção III Das Diretrizes Relacionadas à Estratégia de e-Saúde (art. 6º)

Seção IV Das Diretrizes Relacionadas à Gestão da PNIIS (art. 7º)

Seção V Das Diretrizes Relacionadas à Formação Permanente de Pessoal para o SUS na Área de Informação e Informática em Saúde (art. 8º)

CAPÍTULO III DAS RESPONSABILIDADES (art. 9º ao art. 11)

CAPÍTULO IV DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO (art. 12)

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS (art. 13 ao art. 17)

Voltar ao início do Sumario

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE,** no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º As políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

CAPÍTULO I
DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Seção I
Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde

Art. 2º São políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da Saúde:

I - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na forma do Anexo I;

II - Política Nacional de Vigilância em Saúde;

III - Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001;

IV - Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, na forma do Anexo II;

V - Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na forma do Anexo III;

VI - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, na forma do Anexo IV;

VII - Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), na forma do Anexo V.

Seção II
Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde

Art. 3º São políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde:

I - Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, na forma do Anexo VI;

II - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, na forma do Anexo VII;

III - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, na forma do Anexo VIII;

IV - Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), na forma do Anexo IX.

Seção III
Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais

Art. 4º São políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais:

I - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), na forma do Anexo X;

II - Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde;

III - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo XI;

IV - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM);

V - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, na forma do Anexo XII;

VI - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo XIII;

VII - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo XIV;

VIII - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, na forma do Anexo XV;

IX - Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, na forma do Anexo XVI;

X - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, na forma do Anexo XVII;

XI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, na forma do Anexo XVIII.

Seção IV
Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

Art. 5º São políticas de promoção da equidade em saúde:

I - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo XIX;

II - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), na forma do Anexo XX;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, na forma do Anexo XXI.

IV - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, na forma do Anexo XXI-A. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

CAPÍTULO II
DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I
Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde

Art. 6º São políticas gerais de organização da atenção à saúde:

I - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na forma do Anexo XXII;

II - Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), instituída por pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 12 de fevereiro de 2004;

III - Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, na forma do Anexo XXIII;

IV - Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), na forma do Anexo XXIV;

V - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), na forma do Anexo XXV;

VI - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, na forma do Anexo XXVI;

VII - Política Nacional de Medicamentos (PNM), na forma do Anexo XXVII;

VIII - Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), instituída pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, na forma do Anexo XXVIII.

Seção II
Das Políticas de Atenção a Agravos Específicos

Art. 7º São políticas de atenção a agravos específicos:

I - Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, na forma do Anexo XXIX;

II - Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, na forma do Anexo XXX;

III - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, na forma do Anexo XXXI;

IV - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, na forma do Anexo XXXII;

V - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, na forma do Anexo XXXIII;

VI - Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, na forma do Anexo XXXIV;

VII - Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO), na forma do Anexo XXXV;

VIII - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, na forma do Anexo XXXVI;

IX - Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, na forma do Anexo XXXVII;

X - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, na forma do Anexo XXXVIII.

CAPÍTULO III
DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 8º São políticas de organização do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), na forma do Anexo XXXIX;

II - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na forma do Anexo XL;

III - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004;

IV - Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, na forma do Anexo XLI;

V - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), na forma do Anexo XLII.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 2446/GM/MS, de 11 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de novembro de 2014, p. 68;

II - Portaria nº 227/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de fevereiro de 2016, p. 25;

III - Portaria nº 3796/GM/MS, de 6 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de dezembro de 2010, p. 43;

IV - Portaria nº 1608/GM/MS, de 3 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de agosto de 2004, p. 28;

V - Portaria nº 2715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de novembro de 2011, p. 89;

VI - Portaria nº 1920/GM/MS, de 5 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de setembro de 2013, p. 64;

VII - Portaria nº 2193/GM/MS, de 14 de setembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de setembro de 2006, p. 47;

VIII - Portaria nº 2415/GM/MS, de 12 de dezembro de 1996, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 1996, p. 96;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IX - Portaria nº 1793/GM/MS, de 11 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2009, p. 88;

X - Portaria nº 1102/GM/MS, de 12 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de maio de 2010, p. 59;

XI - Portaria nº 2761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2013, p. 62;

XII - Portaria nº 1256/GM/MS, de 17 de junho de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de junho de 2009, p. 41;

XIII - Portaria nº 149/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de fevereiro de 2016, p. 45;

XIV - Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de maio de 2001, p. 3;

XV - Portaria nº 1876/GM/MS, de 14 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de agosto de 2006, p. 65;

XVI - Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de maio de 2013, p. 129;

XVII - Portaria nº 1472/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de junho de 2011, p. 119;

XVIII - Portaria nº 558/GM/MS, de 24 de março de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de março de 2011, p. 83;

XIX - Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de maio de 2013, p. 135;

XX - Portaria nº 1130/GM/MS, de 5 de agosto de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de agosto de 2015, p. 37;

XXI - Portaria nº 1968/GM/MS, de 25 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2001, p. 86;

XXII - Portaria nº 1683/GM/MS, de 12 de julho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de julho de 2007, p. 84;

XXIII - arts. 4º a 12, 15 e 16 da Portaria nº 1153/GM/MS, de 22 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de maio de 2014, p. 43;

XXIV - Portaria nº 1058/GM/MS, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de julho de 2005, p. 41;

XXV - Portaria nº 964/GM/MS, de 23 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de junho de 2005, p. 74;

XXVI - Portaria nº 1258/GM/MS, de 28 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de junho de 2004, p. 27;

XXVII - Portaria nº 2261/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de novembro de 2005, p. 70;

XXVIII - Portaria nº 2528/GM/MS, de 19 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de outubro de 2006, p. 142;

XXIX - Portaria nº 280/GM/MS, de 7 de abril de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 1999, p. 14;

XXX - Portaria nº 1944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de agosto de 2009, p. 61;

XXXI - Portaria nº 1060/GM/MS, de 5 de junho de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2002, p. 21;

XXXII - Portaria nº 254/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de fevereiro de 2002, p. 46;

XXXIII - Portaria nº 70/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2004, p. 54;

XXXIV - Portaria nº 2759/GM/MS, de 25 de outubro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2007, p. 60;

XXXV - Portaria nº 69/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2004, p. 54;

XXXVI - Portaria nº 645/GM/MS, de 27 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2006, p. 70;

XXXVII - Portaria nº 1823/GM/MS, de 23 de agosto de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de agosto de 2012, p. 46;

XXXVIII - arts. 1º a 7º, 9º a 11 da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 46;

XXXIX - Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 48;

XL - Portaria nº 3305/GM/MS, de 24 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2009, p. 28;

XLI - Portaria nº 1082/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 60;

XLII - arts. 3º a 6º da Portaria nº 1083/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 62;

XLIII - arts. 1º a 3º, 6º, 8º, 9º e 13 da Portaria nº 482/GM/MS, de 1 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de abril de 2014, p. 48;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

XLIV - Portaria nº 2613/GM/MS, de 19 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2012, p. 25;

XLV - Portaria nº 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de janeiro de 2014, p. 37;

XLVI - Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de maio de 2009, p. 31;

XLVII - art. 1º da Portaria nº 2629/GM/MS, de 27 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2014, p. 131;

XLVIII - Portaria nº 1063/GM/MS, de 23 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2015, p. 39;

XLIX - Portaria nº 2866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de dezembro de 2011, p. 93;

L - Portaria nº 3071/GM/MS, de 27 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2012, p. 109;

LI - Portaria nº 2836/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 35;

LII - Portaria nº 2837/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 36;

LIII - arts. 1º a 12, 15 e 16 da Portaria nº 2803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de novembro de 2013, p. 25;

LIV - Portaria nº 2436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de setembro de 2017, p. 68;

LV - Portaria nº 2887/GM/MS, de 20 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de dezembro de 2012, p. 747;

LVI - Portaria nº 3124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2012, p. 223;

LVII - Portaria nº 837/GM/MS, de 9 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de maio de 2014, p. 24;

LVIII - Portaria nº 1591/GM/MS, de 23 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2012, p. 31;

LIX - Portaria nº 1377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de junho de 2011, p. 45;

LX - Portaria nº 3147/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2012, p. 231;

LXI - Portaria nº 1007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2010, p. 36;

LXII - Portaria nº 3238/GM/MS, de 18 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de dezembro de 2009, p. 61;

LXIII - Portaria nº 1044/GM/MS, de 1 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de junho de 2004, p. 42;

LXIV - Portaria nº 852/GM/MS, de 7 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2005, p. 72;

LXV - Portaria nº 1955/GM/MS, de 23 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de agosto de 2006, p. 80;

LXVI - Portaria nº 3390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 54;

LXVII - Portaria nº 582/GM/MS, de 20 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de junho de 2000, p. 36;

LXVIII - Portaria nº 44/GM/MS, de 10 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de janeiro de 2001, p. 27;

LXIX - Portaria nº 3410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de janeiro de 2014, p. 21;

LXX - Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de maio de 2006, p. 20;

LXXI - Portaria nº 1600/GM/MS, de 17 de julho de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de julho de 2006, p. 65;

LXXII - Portaria nº 849/GM/MS, de 27 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de março de 2017, p. 68;

LXXIII - Portaria nº 1559/GM/MS, de 1 de agosto de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de agosto de 2008, p. 48;

LXXIV - Portaria nº 2309/GM/MS, de 19 de dezembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de dezembro de 2001, p. 339;

LXXV - Portaria nº 3916/GM/MS, de 30 de outubro de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 1998, p. 18;

LXXVI - Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2012, p. 96;

LXXVII - Portaria nº 4004/GM/MS, de 16 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2010, p. 109;

LXXVIII - Portaria nº 4283/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2010, p. 94;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

LXXIX - Portaria nº 736/GM/MS, de 2 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2014, p. 38;

LXXX - Portaria nº 3031/GM/MS, de 16 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2008, p. 66;

LXXXI - Portaria nº 1000/GM/MS, de 13 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de abril de 2017, p. 29;

LXXXII - Portaria nº 1653/GM/MS, de 11 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2004, p. 53;

LXXXIII - Portaria nº 1652/GM/MS, de 11 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2004, p. 52;

LXXXIV - Portaria nº 834/GM/MS, de 14 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de maio de 2013, p. 34;

LXXXV - Portaria nº 2928/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de dezembro de 2011, p. 65;

LXXXVI - arts. 1º, 2º, 5º a 13, 15 a 17 da Portaria nº 1555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 71;

LXXXVII - arts. 1º a 17, 22 a 65, 80 a 84 da Portaria nº 1554/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 69;

LXXXVIII - Portaria nº 962/GM/MS, de 22 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de maio de 2013, p. 62;

LXXXIX - Portaria nº 426/GM/MS, de 22 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de março de 2005, p. 22;

XC - Portaria nº 1169/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 57;

XCI - Portaria nº 1161/GM/MS, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2005, p. 35;

XCII - Portaria nº 1168/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 56;

XCIII - Portaria nº 221/GM/MS, de 15 de fevereiro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2005, p. 22;

XCIV - Portaria nº 1883/GM/MS, de 14 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de julho de 2010, p. 71;

XCV - Portaria nº 2387/GM/MS, de 19 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de setembro de 2017, p. 56;

XCVI - Portaria nº 957/GM/MS, de 15 de maio de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de maio de 2008, p. 43;

XCVII - Portaria nº 1391/GM/MS, de 16 de agosto de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de agosto de 2005, p. 40;

XCVIII - Portaria nº 81/GM/MS, de 20 de janeiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de janeiro de 2009, p. 50;

XCIX - arts. 1º a 21, 28 a 38, 38-A, 39 a 43 da Portaria nº 199/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de fevereiro de 2014, p. 44;

C - Portaria nº 3027/GM/MS, de 26 de novembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de novembro de 2007, p. 45;

CI - Portaria nº 598/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2006, p. 51;

CII - Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2004, p. 37;

CIII - arts. 1º a 16, 20 a 22 da Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de agosto de 2007, p. 34;

CIV - Portaria nº 1055/GM/MS, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 6 de julho de 2005, p. 29;

CV - Portaria nº 1325/GM/MS, de 27 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 28 de maio de 2010, p. 51;

CVI - Portaria nº 827/GM/MS, de 5 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de maio de 2004, p. 32;

CVII - Portaria nº 174/GM/MS, de 27 de janeiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 2006, p. 75;

CVIII - Portaria nº 1578/GM/MS, de 29 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de setembro de 2015, p. 63;

CIX - Portaria nº 2690/GM/MS, de 5 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de novembro de 2009, p. 61;

CX - Portaria nº 589/GM/MS, de 20 de maio de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de maio de 2015, p. 72.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO I

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Origem: PRT MS/GM 2446/2014)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 1º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Art. 2º A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saude (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 2º)

Art. 3º São valores fundantes no processo de efetivação da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º)

I - a solidariedade, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, I)

II - a felicidade, enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, II)

III - a ética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, III)

IV - o respeito às diversidades, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, IV)

V - a humanização, enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, V)

VI - a corresponsabilidade, enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VI)

VII - a justiça social, enquanto necessidade de alcançar repartição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos, de modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com oportunidades de desenvolvimento; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VII)

VIII - a inclusão social, que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VIII)

Art. 4º A PNPS adota como princípios: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º)

I - a equidade, quando baseia as práticas e as ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, I)

II - a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, II)

III - a autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, III)

IV - o empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, IV)

V - a intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, V)

VI - a intrassetorialidade, que diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VI)

VII - a sustentabilidade, que diz respeito à necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VII)

VIII - a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VIII)

IX - a territorialidade, que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, IX)

Art. 5º São diretrizes da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º)

I - o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, I)

II - o fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, II)

III - incentivo à gestão democrática, participativa e transparente, para fortalecer a participação, o controle social e a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, III)

IV - ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, IV)

V - estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, V)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VI - apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VI)

VII - incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VII)

VIII - organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VIII)

Art. 6º A PNPS tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 6º)

Art. 7º São objetivos específicos da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º)

I - estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na RAS, articulada às demais redes de proteção social; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, I)

II - contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, II)

III - favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade e o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, III)

IV - promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, IV)

V - apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem viver; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, V)

VI - valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VI)

VII - promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VII)

VIII - promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), para trabalhadores, gestores e cidadãos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VIII)

IX - estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, IX)

X - estimular a pesquisa, produção e difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, X)

XI - promover meios para a inclusão e qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e inquéritos, permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XI)

XII - fomentar discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XII)

XIII - contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrassetoriais com as agendas nacionais e internacionais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XIII)

Art. 8º São temas transversais da PNPS, entendidos como referências para a formação de agendas de promoção da saúde, para adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º)

I - Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade, que significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, I)

II - desenvolvimento sustentável, que se refere a dar visibilidade aos modos de consumo e produção relacionados com o tema priorizado, mapeando possibilidades de intervir naqueles que sejam deletérios à saúde, adequando tecnologias e potencialidades de acordo com especificidades locais, sem comprometer as necessidades futuras; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, II)

III - produção de saúde e cuidado, que representa a incorporação do tema na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber popular, tradicional e científico, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde, significando, também, a vinculação do tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, III)

IV - ambientes e territórios saudáveis, que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, IV)

V - vida no trabalho, que compreende a interrelação do tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os setores primário, secundário e terciário da economia, considerando os espaços urbano e rural, e identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, V)

VI - cultura da paz e direitos humanos, que consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 9º São Eixos Operacionais da PNPS, entendidos como estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando-se valores, princípios, diretrizes e objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º)

I - territorialização, enquanto estratégia operacional: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I)

a) reconhece a regionalização como diretriz do SUS e como eixo estruturante para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e para organizar a RAS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, a)

b) considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, b)

c) observa as pactuações interfederativas, a definição de parâmetros de escala e acesso e a execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções, ampliando as ações de promoção à saúde e contribuindo para fortalecer identidades regionais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, c)

II - articulação e cooperação intra e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, II)

III - RAS, enquanto estratégia operacional necessita: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III)

a) transversalizar a promoção na RAS, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III, a)

b) articular com as demais redes de proteção social, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III, b)

IV - participação e controle social, que compreende a ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, IV)

V - gestão, entendida como a necessidade de priorizar os processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, V)

VI - educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VI)

VII - vigilância, monitoramento e avaliação, enquanto uso de múltiplas abordagens na geração e análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais, visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VII)

VIII - produção e disseminação de conhecimentos e saberes, enquanto estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VIII)

IX - comunicação social e mídia, enquanto uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, IX)

Art. 10. São temas prioritários da PNPS, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas e compatíveis com o Plano Nacional de Saúde, pactos interfederativos e planejamento estratégico do Ministério da Saúde, bem como acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro, em permanente diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10)

I - formação e educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e incluí-la nos espaços de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, I)

II - alimentação adequada e saudável, que compreende promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, II)

III - práticas corporais e atividades físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, III)

IV - enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, IV)

V - enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, V)

VI - promoção da mobilidade segura, que compreende: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI)

a) buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, a)

b) orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e demais setores envolvidos, além da sociedade, visando definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, b)

c) avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e a paz no trânsito. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, c)

VII - promoção da cultura da paz e de direitos humanos, que compreende promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos, para o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

fundamentais, articulando a RAS com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura de paz; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VII)

VIII - promoção do desenvolvimento sustentável, que compreende promover, mobilizar e articular ações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários, como cidades, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros, permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde em articulação com os demais temas prioritários. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VIII)

Art. 11. Compete às esferas federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais do SUS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11)

I - divulgar a PNPS, fortalecendo seus valores e princípios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, I)

II - estabelecer parcerias, promovendo a articulação intersetorial e intrassetorial; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, II)

III - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde com base nos valores, princípios e diretrizes da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, III)

IV - fomentar normas e regulamentos para o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável em ambientes, comunidades, municípios e territórios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, IV)

V - fortalecer a participação e o controle social e as instâncias de gestão democrática e participativa, enquanto mecanismo de implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, V)

VI - construir mecanismos de identificação das potencialidades e das vulnerabilidades para subsidiar o fortalecimento da equidade; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VI)

VII - definir prioridades, objetivos, estratégias e metas nas instâncias colegiadas e intergestores para implementação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VII)

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VIII)

IX - promover a alocação de recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, IX)

X - promover o intercâmbio de experiências e o desenvolvimento de estudos e pesquisas que visem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados para a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, X)

XI - desenvolver estratégias e mecanismos organizacionais de qualificação e valorização da força de trabalho da saúde, estimulando processos de formação e educação permanente voltados para a efetivação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XI)

XII - estimular as iniciativas e ações de promoção de saúde, bem como a produção de dados e divulgação de informações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XII)

XIII - incluir a promoção da saúde nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde em conformidade com os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, para implementação da PNPS, considerando as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XIII)

XIV - articular a inserção das ações voltadas à promoção da saúde nos sistemas de informação do SUS e outros; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XIV)

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e sociedade civil, para o fortalecimento da promoção da saúde no País. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XV)

Art. 12. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12)

I - promover a articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, I)

II - pactuar na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) os temas prioritários e o financiamento da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, II)

III - apoiar a implementação da PNPS, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, III)

IV - viabilizar mecanismos para cofinanciamento de planos, projetos e programas de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, V)

VI - apresentar no Conselho Nacional de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VI)

VII - institucionalizar e manter em funcionamento o Comitê da PNPS, em conformidade com os seus princípios e diretrizes; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VII)

VIII - realizar apoio institucional às Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, visando à implantação, implementação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VIII)

IX - apoiar e produzir a elaboração de materiais de divulgação, visando socializar informações e ações de promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, IX)

X - estimular, monitorar e avaliar os processos, programas, projetos e ações de promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, X)

Art. 13. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13)

I - promover a articulação com os municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, I)

II - pactuar nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR) as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - implantar e implementar a PNPS na RAS, no âmbito de seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo adequações às especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, III)

IV - apresentar no Conselho Estadual de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde nos Planos Plurianual e Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, V)

VI - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VI)

VII - realizar apoio institucional às secretarias municipais e regiões de saúde no processo de implantação, implementação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VII)

VIII - realizar o monitoramento e avaliação de programas, projetos e ações de promoção da saúde no âmbito estadual e distrital; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VIII)

IX - apoiar e elaborar materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, IX)

X - promover cooperação, espaços de discussão e trocas de experiências e conhecimentos sobre a promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, X)

XI - apoiar e promover a execução de programas, planos, projetos e ações relacionadas com a promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, XI)

Art. 14. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14)

I - promover a articulação intra e intersetorial para apoio à implantação e implementação da PNPS no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, I)

II - implantar e implementar a PNPS no âmbito do seu território, respeitando as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, II)

III - pactuar nas CIB e CIR as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, III)

IV - apresentar no Conselho Municipal de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, V)

VI - destinar recursos orçamentários e financeiros para realização das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VI)

VII - prestar apoio institucional aos gestores e trabalhadores no processo de implantação, implementação, qualificação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VII)

VIII - promover e realizar a educação permanente dos trabalhadores do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VIII)

IX - identificar e promover canais de participação no processo decisório para o desenvolvimento e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, IX)

X - promover a participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, X)

XI - identificar, articular e apoiar a troca de experiências e conhecimentos referentes às ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XI)

XII - participar do processo de monitoramento, avaliação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XII)

XIII - elaborar materiais educativos visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XIII)

XIV - apoiar e promover, de forma privilegiada, a execução de programas, planos, projetos e ações diretamente relacionadas à promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XIV)

Art. 15. À Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF) competem as atribuições reservadas às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 15)

Art. 16. O financiamento dos temas prioritários da PNPS e seus planos operativos serão objeto de pactuação prévia na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 16)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Art. 17. Fica instituído o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS). (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 1º)

Art. 18. Compete ao CGPNPS: (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º)

I - consolidar a implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, I)

II - coordenar a implementação da PNPS no Sistema Único de Saúde (SUS) em articulação com os demais setores governamentais e não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, II)

III - consolidar as agendas de promoção da saúde em consonância com as políticas, as prioridades e os recursos das instituições participantes e com o Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, III)

IV - promover a integração das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS, no contexto dos instrumentos institucionais de planejamento e gestão; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, IV)

V - incentivar e apoiar a inclusão de temas sobre a Promoção da Saúde na elaboração de projetos e planos locais de acordo com os valores e princípios, os objetivos, as diretrizes, os temas transversais e os eixos operacionais da PNPS, no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, respeitando os instrumentos instituídos de planejamento e gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, V)

VI - monitorar e avaliar as estratégias de implantação e implementação da PNPS e seu impacto na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VII - viabilizar parcerias com organismos internacionais com o objetivo de promover articulação e intercâmbio entre países para fortalecimento da PNPS; e (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VII)

VIII - desenvolver outras ações que visem ao fortalecimento da PNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VIII)

Art. 19. O CGPNPS será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º)

I - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, I)

II - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, II)

III - 3 (três) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, III)

IV - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante da Secretária-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XIII)

XIV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XIV)

XV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); e (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XVI)

XVII - 1 (um) representante do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XVII)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados formalmente pelos dirigentes de seus respectivos órgãos à Coordenação do CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes poderão ser substituídos a qualquer tempo, desde que formalizada a solicitação à Coordenação do CGPNPS, devendo a cada ano ser confirmada a indicação ou substituição. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º As entidades de que trata os incisos XV a XVII serão convidadas a indicar representantes para compor o CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O CGPNPS poderá convidar servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, de outros órgãos da Administração Pública Federal, de entidades não governamentais, organismos internacionais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, além dos indicados no "caput", cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento das funções atribuídas ao CGPNPS, mediante consulta prévia à Coordenação do CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 4º)

Art. 20. O CGPNPS reunir-se-á, ordinariamente, com regularidade bimestral e, extraordinariamente, por iniciativa de qualquer um dos membros junto à Coordenação do CGPNPS, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data proposta para a realização da reunião. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 4º)

Art. 21. O CGPNPS poderá propor a criação de Grupos de Trabalho (GT), instituídos por meio de atos do Ministro de Estado da Saúde, para assessorá-lo com temas afetos à Promoção da Saúde, por meio de consolidação e implementação da PNPS, bem como acompanhamento das suas implementações, e emissão de pareceres e relatórios para subsidiar as atividades do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º)

§ 1º Os GT, ao finalizarem os trabalhos, deverão enviar relatórios ou pareceres, de acordo com a solicitação do CGPNPS, para aprovação e, posteriormente, divulgá-los. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os GT serão compostos por até 5 (cinco) representantes do CGPNPS e poderão convidar especialistas, representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde e de outros Ministérios, assim como representantes de outras entidades, instituições e movimentos sociais, de acordo com suas necessidades e especificidades. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º, § 2º)

Art. 22. As funções desempenhadas no âmbito do CGPNPS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 6º)

Art. 23. Os debates ocorridos nas reuniões do CGPNPS deverão ser consubstanciados em atas com ampla divulgação no âmbito da saúde. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 7º)

ANEXO II

Regulamento da Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Origem: PRT MS/GM 3796/2010)

Art. 1º Fica regulamentada a Política de Saúde Mental, observado o disposto neste Anexo.

CAPÍTULO I

DO COLEGIADO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 2º Fica instituído o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, de caráter consultivo, com a finalidade de: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º)

I - assessorar o Ministério da Saúde na condução da Política Nacional de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, I)

II - propor mecanismos de avaliação e monitoramento dessa Política; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, II)

III - elaborar relatórios técnicos sobre situações complexas que necessitam de intervenção da gestão; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, III)

IV - analisar e propor as atualizações necessárias para as normas técnicas e as diretrizes do Ministério da Saúde sobre saúde mental e atenção integral em álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, IV)

V - contribuir para ampliar a interlocução da gestão da política de saúde com as organizações da sociedade civil, das entidades científicas e profissionais, e das políticas intersetoriais. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, V)

Art. 3º O Colegiado Nacional terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): 1 (um) representante: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I)

a) Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental/DAPES, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I, a)

II - Coordenadores Estaduais de Saúde Mental: 27 (vinte e sete) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, II)

III - Coordenadores de Saúde Mental de Capitais: 26 (vinte e seis) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, V)

VI - Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS): 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VI)

VII - Conselho Nacional de Saúde: 1 (um) representante observador; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VII)

VIII - Secretaria de Direitos Humanos: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VIII)

IX - Ministério da Justiça e Segurança Pública: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IX)

X - Economia Solidária/Ministério do Trabalho: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, X)

XI - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XI)

XII - Ministério da Cultura: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XII)

XIII - Ministério da Educação: 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XIII)

Art. 4º O Colegiado poderá, a seu critério, constituir câmaras técnicas transitórias ou permanentes, para atender aos objetivos do art. 2º, bem como convidar consultores para temas específicos, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 3º)

Art. 5º O Colegiado poderá realizar reuniões ampliadas, quando considerar necessário, convidando para isto coordenadores de saúde mental de outros municípios, atendendo a critérios técnicos e populacionais, bem como outros setores do Ministério da Saúde e representações de entidades científicas e da sociedade civil. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 4º)

Art. 6º O Colegiado reuniar-se-á 2 (duas) vezes por ano, podendo realizar reunião extraordinária, se for considerado necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 5º)

Art. 7º Caberá ao Colegiado estabelecer seu regimento interno e a Secretaria Executiva, ouvida a Secretaria de Atenção à Saúde, instância à qual o Colegiado se reporta. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 6º)

CAPÍTULO II

DO FÓRUM NACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Art. 8º Fica instituído o Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º)

I - funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, I)

II - estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infantojuvenil; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, II)

III - promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população; e (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, III)

IV - produzir conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, IV)

Art. 9º O Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude será composto por representantes das seguintes instâncias: (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º)

I - Área Técnica de Saúde Mental - DAPES/SAS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, I)

II - Área Técnica de Saúde Mental - Política de Álcool e Outras Drogas - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, II)

III - Área Técnica de Saúde da Criança - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, III)

IV - Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, IV)

V - Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, V)

VI - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VII - Departamento de Atenção Básica - SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VII)

VIII - Programa Nacional de DST/AIDS/SVS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VIII)

IX - Representantes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, sendo um representante por região brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, IX)

X - Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, X)

XI - Representantes de Coordenadores de Saúde Mental, sendo um representante por região brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XI)

XII - Conselho Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XII)

XIII - Ministério da Justiça e Segurança Pública; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIII)

XIV - Ministério da Educação; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIV)

XV - Ministério da Cultura; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XV)

XVI - Ministério do Esporte; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVI)

XVII - Conselho Nacional de Procuradores - Promotoria de Defesa à Saúde, do Ministério Público; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVII)

XVIII - Associação de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVIII)

XIX - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIX)

XX - Secretaria Especial de Direitos humanos (SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XX)

XXI - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA/SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXI)

XXII - Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência (CORDE/SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXII)

XXIII - Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais (FEBIEX); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIII)

XXIV - Federação Nacional das APAES; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIV)

XXV - Federação Nacional das Instituições Pestallozzi; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXV)

XXVI - Associação Brasileira de Autismo; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVI)

XXVII - Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVII)

XXVIII - Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVIII)

XXIX - Associação Juízes para a Democracia (AJD); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIX)

XXX - Fórum Nacional de Conselheiros Tutelares; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXX)

XXXI - Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência (ABENEPI); e (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXXI)

XXXII - dois representantes de Movimentos Nacionais de Crianças e Jovens, a serem definidos na primeira reunião deste Fórum. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXXII)

Parágrafo Único. As representações terão assento permanente no fórum, o qual poderá convocar a participação de outros segmentos representativos e de convidados. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

ANEXO III

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Origem: PRT MS/GM 2715/2011)

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, na forma do Anexo 1 do Anexo III , cuja íntegra se encontra disponível no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php. (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL

Art. 3º Fica instituída a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é resultado da integração de duas ações: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e foi construída de forma conjunta entre a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS) e a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS), ambas pertencentes à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 4º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil objetiva: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º)

I - qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º, I)

II - aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º, II)

Art. 5º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil pretende: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º)

I - contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de 2 (dois) anos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, II)

III - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, III)

IV - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas até os 2 (dois) anos de idade ou mais; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, IV)

V - contribuir para a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, V)

VI - contribuir para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VI)

VII - contribuir para a diminuição de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados, principalmente antes dos dois anos de idade; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VII)

VIII - contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VIII)

Art. 6º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil deverá ser implementada por meio de oficinas de formação de tutores e de oficinas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º)

§ 1º As oficinas de formação de tutores têm por objetivo qualificar profissionais de saúde para apoiar o fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS, de forma contínua, considerando a educação permanente em saúde, com base nos princípios da educação crítico- reflexiva. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As oficinas de trabalho nas UBS têm por objetivo discutir a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no contexto do processo de trabalho das UBS; incentivar a pactuação de ações para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, de acordo com a realidade local e; estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º, § 2º)

Art. 7º Os tutores da Estratégia serão os profissionais responsáveis por multiplicar a Estratégia e realizar oficinas de trabalho nas UBS do seu âmbito de atuação, apoiando o planejamento, o acompanhamento e/ou fortalecimento de ações de promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º)

§ 1º O tutor deverá ser apoiador de pelo menos 1 (uma) UBS, oferecendo auxílio de forma contínua. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Aos tutores já formados na Rede Amamenta Brasil e/ou na ENPACS, para ser considerado tutor da EAAB será necessário: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º)

I - participar de Curso de Ensino à Distância sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para fins de incorporação nos conteúdos da Estratégia; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º, I)

II - requerer, junto à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) e/ou Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS), por meio de ofício, a certificação como tutor da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, apresentando o certificado de tutor de uma ou de ambas as estratégias anteriores e o de conclusão do Curso de Ensino à Distância sobre a referida Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º, II)

Art. 8º O acompanhamento da UBS, que faz parte da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, deverá ser realizado por um tutor responsável, juntamente com a equipe de atenção básica, na elaboração, desenvolvimento e execução de um plano de ação para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável. O tutor responsável poderá realizar, de acordo com a realidade local, outras oficinas de trabalho na UBS e/ou atividades complementares, podendo ser: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º)

I - oficina com foco na elaboração, desenvolvimento e acompanhamento do plano de ação; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, I)

II - oficina de manejo do aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, II)

III - oficina sobre a alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, III)

IV - oficina sobre Vigilância Alimentar e Nutricional; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, IV)

V - outras oficinas cuja temática atenda às necessidades da equipe de atenção básica. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, V)

Art. 9º O monitoramento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil será realizado por dois sistemas: Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, tendo como objetivo avaliar de forma periódica e permanente o processo de sua implementação e de mudanças nas práticas alimentares. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 7º)

Art. 10. As equipes de atenção básica que fazem parte da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) poderão receber certificação caso cumpram os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º)

I - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, I)

II - monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, II)

III - dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, III)

IV - cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir "substitutos" do leite materno na UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, IV)

V - contar com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, V)

VI - cumprir pelo menos uma ação de aleitamento materno e uma de alimentação complementar pactuada no plano de ação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 11. Para avaliar o cumprimento dos critérios para a certificação serão utilizadas as seguintes fontes de informação: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º)

I - padrões de qualidade da Auto-avaliação e avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, I)

II - Sistema de Gerenciamento da Estratégia; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, II)

III - Sistema de Informação da Atenção Básica vigente. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, III)

Art. 12. As equipes de atenção básica que fazem parte da Estratégia e que não aderiram ao PMAQ-AB deverão cumprir os mesmos critérios estabelecidos para as equipes de atenção básica integrantes do PMAQ-AB, e poderão receber a certificação por meio do Sistema de Gerenciamento da Estratégia. Para isso, o tutor e as Coordenações municipais de saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão seguir as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10)

I - o tutor da UBS deverá preencher os formulários disponíveis no sistema e informar à Coordenação Municipal que solicitou a certificação junto ao Ministério da Saúde, via ofício emitido pela gerência/coordenação da UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, I)

II - as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão encaminhar o referido ofício para o Ministério da Saúde, ratificando o cumprimento dos critérios exigidos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, II)

III - as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão enviar ofício às Coordenações Estaduais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição informando sobre a solicitação de certificação das UBS; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, III)

IV - o tutor e as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão aguardar a análise, pelo Ministério da Saúde, do pedido de certificação. Posteriormente, o referido Ministério entrará em contato com as Coordenações municipais e estaduais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição, com o tutor e com o gerente/coordenador da UBS para informar sobre o resultado da solicitação de certificação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, IV)

§ 1º A equipes de atenção básica que, após o processo de certificação na Estratégia, fizerem a adesão ao PMAQ-AB, só poderão ser recertificadas com base nas fontes de informação alusivas ao PMAQ-AB, conforme se aplica às equipes já inseridas no programa. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º A peridiocidade de avaliação para certificação de equipes integrantes do PMAQ-AB seguirá o cronograma do Programa. Para as equipes não PMAQ-AB, o cronograma de avaliação será determinado pelas coordenações que coordenam a Estratégia em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, § 2º)

Art. 13. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil será coordenada: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11)

I - em âmbito nacional, pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) e pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, I)

II - em âmbito estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde e no âmbito distrital pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, II)

III - em âmbito municipal, pela Secretaria Municipal de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, III)

Art. 14. São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12)

I - divulgar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, I)

II - pactuar e alocar recursos orçamentários para implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, II)

III - divulgar sistematicamente os resultados do monitoramento das ações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, III)

IV - promover articulação entre as diferentes esferas e serviços. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, IV)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13)

I - fornecer apoio técnico para os estados para implementação da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, I)

II - elaborar materiais de capacitação e apoio; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, II)

III - capacitar profissionais que serão multiplicadores nos Estados; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, III)

IV - acompanhar, monitorar e avaliar a estratégia no âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, IV)

V - disponibilizar o Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para monitoramento da implementação da estratégia e dos dados de aleitamento materno e alimentação complementar coletados pelas equipes de atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, V)

VI - disponibilizar Curso de Ensino à Distância sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para fins de incorporação dos tutores formados na Rede Amamenta Brasil e na ENPACS; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, VI)

VII - certificar as equipes que preencherem os critérios para inclusão da Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, VII)

Art. 16. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14)

I - coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, I)

II - formar tutores em seus Municípios, conforme critérios definidos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, II)

III - fornecer apoio técnico aos Municípios para a consecução da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, III)

IV - monitorar a implementação da Estratégia nos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, IV)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

V - apoiar os Municípios no processo de certificação das equipes de atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, V)

VI - orientar o uso do Sistema de gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, VI)

Art. 17. Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15)

I - coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito do Município; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, I)

II - selecionar os tutores responsáveis pelas Oficinas de Trabalho em aleitamento materno e alimentação complementar nas UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, II)

III - fornecer apoio técnico às equipes de atenção básica para a consecução da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, III)

IV - informar ao Estado a solicitação de certificação das equipes elegíveis; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, IV)

V - orientar o uso do Sistema de Gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, V)

VI - monitorar a implementação da Estratégia na atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VI)

VII - apoiar às Gerências e Equipes das UBS para que: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII)

a) viabilizem as condições necessárias para a realização das Oficinas de Trabalho em AM e AC; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, a)

b) pactuem ações que promovam, protejam e apoiem a amamentação e alimentação complementar saudável; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, b)

c) construam instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para atendimento em amamentação e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, c)

d) cumpram a NBCAL; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, d)

e) envolvam na Estratégia no mínimo 85% da equipe de atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, e)

f) alimentem continuamente o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, f)

g) analisem criticamente os indicadores da UBS e dar-lhes visibilidade. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, g)

CAPÍTULO II
DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH)

Art. 18. Fica definida a estrutura e a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH), de acordo com as normas constantes do Anexo 2 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Art. 1º)

Art. 19. Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, a designação dos integrantes da Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) de que trata o Anexo 2 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Art. 2º)

CAPÍTULO III
DA PREVENÇÃO DE CONTAMINAÇÃO PELO HIV, POR INTERMÉDIO DO ALEITAMENTO MATERNO E DOS PROCEDIMENTOS ÉTICOS, LEGAIS E MORAIS NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO SEM RISCO

Art. 20. Para a prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno, deverão ser consideradas as seguintes medidas: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º)

I - o aleitamento materno cruzado não deve ser realizado, incluindo aquele às vezes praticado nos sistemas de alojamento conjunto e pelas tradicionais amas-de-leite; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, I)

II - as mulheres infectadas pelo HIV não devem amamentar seus próprios filhos, nem doar leite; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, II)

III - os filhos de mães infectadas pelo HIV que necessitam do leite materno como fator de sobrevivência, poderão receber leite de suas próprias mães, desde que adequadamente pasteurizado; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, III)

IV - os Bancos de Leite Humano utilizarão somente leite ou colostro, após adequada pasteurização, como aquecimento a 62,5°C por 30 minutos, observado que: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV)

a) essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% de todas as partículas de HIV possíveis de serem encontradas no leite humano; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, a)

b) o simples congelamento ou liofilização, sem pasteurização prévia, não garante a inativação do HIV; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, b)

c) a pasteurização é uma prática obrigatória em todos os bancos de leite. (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, c)

V - a seleção de doadores de bancos de leite deve obedecer aos critérios estabelecidos no Capítulo II; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, V)

VI - as mães em situação de risco para o HIV, antes de amamentarem seus filhos, devem, preferencialmente no pré-natal, ser orientadas a se submeterem a teste sorológico, devendo, para tal, realizar aconselhamento pré e pós-teste; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VI)

VII - são consideradas como situações de risco para o HIV, as mulheres: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII)

a) usuárias de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas/seringas e/ou com parceiros usuários de drogas injetáveis; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, a)

b) que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados e/ou com parceiros que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados a partir de 1980; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, b)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

c) que mantenham relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros e/ou com parceiros que mantenham relações sexuais sem proteção com um ou múltiplos parceiros (homens ou mulheres); (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, c)

d) com histórico de doenças sexualmente transmissíveis e/ou parceiros com histórico de doenças sexualmente transmissíveis a partir de 1980. (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, d)

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE FORTIFICAÇÃO DE FARINHAS DE TRIGO, DE MILHO E DE SEUS SUBPRODUTOS

Art. 21. Fica instituída a Comissão Interinstitucional para Implementação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Fortificação de Farinhas de Trigo, de Milho e de seus Subprodutos. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 1º)

Art. 22. A Comissão Interinstitucional será composta por um representante - titular e suplente - de cada um dos seguintes órgãos, entidades e instituições, e atuará sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I, a)

b) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I, b)

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, III)

IV - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, IV)

V - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, V)

VI - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VI)

VII - Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VII)

VIII - Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VIII)

IX - Associação Brasileira das Indústrias Moageiras de Milho (ABIMILHO); e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, IX)

X - Associação Brasileira das Indústrias do Trigo (ABITRIGO). (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, X)

Art. 23. Compete à Comissão: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º)

I - propor medidas destinadas a implementar as ações para fortificação das farinhas de trigo e de milho; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, I)

II - acompanhar e monitorar a fortificação das farinhas de trigo, de milho e de seus subprodutos, bem como discutir a efetividade das ações adotadas; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, II)

III - estabelecer estratégias de informação, de comunicação, de educação e de mobilização social com vistas à redução da prevalência de anemia e dos defeitos do tubo neural. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, III)

Art. 24. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º)

I - promover a integração e a coordenação de todos os setores envolvidos na fortificação das farinhas de trigo, de milho e de seus subprodutos; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, I)

II - definir estratégia de divulgação da fortificação às Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios e de outras instituições relacionadas de acordo com o pactuado no âmbito da Comissão; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, II)

III - promover, com apoio dos componentes da Comissão, a produção e a distribuição de materiais educativos e informativos, para profissionais de saúde e relacionados, indústrias produtoras de farinha de trigo e de milho e para a população em geral; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, III)

IV - promover ações educativas e de comunicação, com vistas a esclarecer a população sobre a importância do consumo de ferro e do ácido fólico, bem como sobre os papéis desses micronutrientes na prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro e na redução da incidência do nascimento de crianças com defeitos do tubo neural; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, IV)

V - delinear, desenvolver e apoiar estudos e pesquisas que avaliem os processos e os resultados de impacto da fortificação das farinhas, em nível nacional, regional e local; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, V)

VI - apoiar e fomentar, com apoio dos componentes da Comissão a realização de inquéritos e/ou levantamentos epidemiológicos referentes às patologias decorrentes da deficiência de ferro e de ácido fólico; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, VI)

VII - estabelecer parcerias com outras áreas do Ministério da Saúde, órgãos e instituições governamentais e não governamentais, para o fomento de atividades complementares, com o objetivo de promover ações destinadas à prevenção e ao controle da anemia por deficiência de ferro e dos defeitos do tubo neural acarretados pela deficiência de ácido fólico. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, VII)

Art. 25. Compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º)

I - implantar e implementar o monitoramento nacional das farinhas de trigo e de milho produzidas em todos os moinhos e indústrias, bem como dos produtos expostos no mercado; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, I)

II - coordenar e regulamentar as ações de controle higiênicosanitário dos estabelecimentos produtores de farinhas de trigo e de milho e do produto exposto à comercialização; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, II)

III - analisar e divulgar, sistematicamente, os resultados do controle e do monitoramento das farinhas de trigo e de milho; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, III)

IV - promover a inserção dos laboratórios oficiais em programas de controle de qualidade analítica; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, IV)

V - promover a sensibilização do setor produtivo com vistas a atender à legislação sanitária vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, V)

VI - monitorar as farinhas de trigo e de milho importadas quanto ao cumprimento da legislação vigente, em especial quanto aos teores de ferro e de ácido fólico. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 26. Cabe a cada membro da Comissão Interinstitucional fornecer as informações necessárias para o acompanhamento e avaliação periódica da fortificação das farinhas de trigo e de milho. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º)

§ 1º As competências e atribuições dos demais componentes da Comissão serão estabelecidas no Regimento Interno a ser elaborado pela Comissão Interinstitucional a partir da data de sua instalação, submetendo-o à aprovação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Cada membro da Comissão Interinstitucional deverá compilar e fornecer toda informação necessária, a ser analisada em conjunto, para o acompanhamento e a avaliação periódica da fortificação das farinhas de trigo e de milho. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º, § 2º)

Art. 27. A Comissão Interinstitucional reunir-se-á, ordinariamente, duas vezes por ano, e, extraordinariamente, quando convocada por seu coordenador ou por solicitação de qualquer um de seus membros, cabendo neste último caso a apreciação do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 7º)

Art. 28. A Comissão Interinstitucional poderá convidar cientistas, especialistas ou pesquisadores de instituições acadêmicas ou científicas de organismos internacionais, bem como representantes da sociedade civil para colaborarem na análise de assuntos específicos. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 8º)

ANEXO 1 DO ANEXO III

POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Anexo 1)

Política Nacional de Alimentação e Nutrição

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, consequentemente, da fome e desnutrição. Por outro lado, observa-se aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

A completar-se dez anos de publicação da PNAN, deu-se início ao processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a consolidar-se como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde.

Em parceria com a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), do Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, conduziu um amplo e democrático processo de atualização e aprimoramento da Política, por meio de 26 Seminários Estaduais e do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN 10 anos que contaram com a presença de conselheiros estaduais e municipais de saúde; entidades da sociedade civil; entidades de trabalhadores de saúde; gestores estaduais e municipais de Alimentação e Nutrição e da Atenção Básica; conselheiros estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional; Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição vinculados a universidades e especialistas em políticas públicas de saúde e de alimentação e nutrição.

Nesta nova edição, a PNAN apresenta-se com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira.

Está organizada, também, em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações.

Brasília, 17 de novembro de 2011

Ministério da Saúde

1 INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, consequentemente, da fome e escassez de alimentos, com melhoria ao acesso e variedade destes, além da garantia da disponibilidade média de calorias para consumo, embora ainda existam cerca de 16 milhões de brasileiros vivendo na pobreza extrema. A diminuição da fome e da desnutrição veio acompanhada do aumento vertiginoso da obesidade em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

A alimentação e nutrição estão presentes na legislação recente do Estado Brasileiro, com destaque para a Lei 8080, de 19/09/1990 (BRASIL, 1990), que entende a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde e que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde.

Na última década, o principal avanço foi a incorporação da alimentação como um direito social. A Emenda Constitucional n° 64, aprovada em 2010, introduziu no art. 6° da Constituição Federal a alimentação como direito (BRASIL, 1990). Nesse sentido, o Estado Brasileiro, ocupado com a construção de uma nova abordagem para atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável, publicou a Lei 11.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006a) e o Decreto 7272/2010 - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010b). Tanto a Lei como o Decreto apresentam entre as suas bases diretivas o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde.

Na saúde, ressalta-se a publicação do Decreto 7508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei 8080, com a instituição da Rede de Atenção à Saúde e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que possibilitarão avanços para a organização e oferta das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

Outras Políticas da saúde somam-se aos princípios e diretrizes da PNAN no estabelecimento da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional. A Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção à Saúde são orientadas nesse sentido.

A determinação social da saúde assim como a promoção e prevenção de agravos estão presentes em diversos documentos internacionalmente conhecidos, como o Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, publicado em 2008, a Estratégia Global para a Alimentação do Bebê e da Criança Pequena (2002) e a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (2004).

Os documentos apontam para a necessidade de formulação e implantação de estratégias nacionais, locais e regionais efetivas e integradas para a redução da morbi-mortalidade relacionada à alimentação inadequada e ao

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

sedentarismo, com recomendações e indicações adaptadas frente às diferentes realidades dos países e integradas às suas políticas, com vistas a garantir aos indivíduos a capacidade de fazer escolhas saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, prevendo ações de caráter regulatório, fiscal e legislativo que visem tornar essas escolhas factíveis à população.

O aleitamento materno, que deve ser a primeira prática alimentar dos indivíduos, é necessário para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças. O Brasil adota as recomendações internacionais, recomendando o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até o segundo ano de vida (BRASIL, 2009a). Segundo a Pesquisa Nacional de demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, 95% das crianças brasileiras foram alguma vez amamentadas, mas esse número cai drasticamente ao longo dos dois primeiros anos de vida. Segundo a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno no Conjunto das Capitais Brasileiras e DF, realizada em 2008, a mediana de aleitamento materno exclusivo foi 54 dias e a mediana do aleitamento materno total, que deveria ser de 24 meses, foi 341,6 dias (11,2 meses) (BRASIL, 2009c). Atualmente, segundo a pesquisa, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses é de 41%.

A transição do aleitamento materno para os alimentos consumidos pela família é o período denominado como alimentação complementar, que deve ser iniciada aos seis meses de idade e concluída aos 24 meses. A introdução de alimentos deve ser feita em tempo oportuno, em quantidade e qualidade adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil. Esse é o momento em que os primeiros hábitos são adquiridos e formados e a correta inserção dos alimentos tem o papel de promoção à saúde e hábitos saudáveis, além de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas na idade adulta. Segundo a PNDS, a introdução precoce de alimentos, antes dos dois meses de idade, era uma prática em 14% das crianças, evoluindo para mais de 30% nas crianças entre quatro e cinco meses (BRASIL, 2009a).

A dieta habitual dos brasileiros é composta por diversas influências e atualmente é fortemente caracterizada por uma combinação de uma dieta dita “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultraprocessados, com altos teores de gorduras, sódio e açúcar e com baixo teor de micronutrientes e alto conteúdo calórico. O consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira e manteve-se estável na última década, enquanto alimentos ultraprocessados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano.

As diferenças de renda são expressas no padrão de consumo alimentar dos diferentes estratos. A dieta dos brasileiros de mais baixa renda apresenta melhor qualidade, com predominância do arroz, feijão aliados a alimentos básicos como peixes e milho. A frequência de alimentos de baixa qualidade nutricional como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados, tende a crescer com o aumento da renda das famílias.

O padrão de consumo também varia de acordo com os grupos etários. Entre os mais novos, é maior o consumo de alimentos ultraprocessados, que tendem a diminuir com o aumento da idade, enquanto o inverso é observado entre as frutas e hortaliças. Os adolescentes são o grupo com pior perfil da dieta, com as menores frequências de consumo de feijão, saladas e verduras em geral, apontando para um prognóstico de aumento do excesso de peso e doenças crônicas.

Os brasileiros residentes na zona rural, quando comparados com os residentes da zona urbana, apresentam maiores frequências de consumo de alimentos básicos, com melhor qualidade da dieta, havendo predomínio de consumo de alimentos como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes. Na zona urbana, observa-se um maior consumo de alimentos ultraprocessados. As regiões geográficas também imprimem a sua identidade alimentar, sendo mais frequente, na região norte, o consumo de farinha de mandioca, açaí e peixe fresco; no Nordeste: ovos e biscoitos salgados; no Centro-Oeste: arroz, feijão, carne bovina e leite; no Sudeste e Sul: pão francês, massas, batata inglesa, queijos, iogurtes e refrigerantes. Em algumas regiões as tradições culturais resistem às mudanças, enquanto que, em outras, essas tradições estão sendo descaracterizadas, havendo perda da identidade cultural alimentar.

O estilo de vida atual favorece a um maior número de refeições realizadas fora do domicílio: em 2009, 16% das calorias foram oriundas da alimentação fora de casa. Essa é composta, na maioria dos casos, por alimentos industrializados e ultraprocessados como refrigerantes, cerveja, sanduíches, salgados e salgadinhos industrializados, imprimindo um padrão de alimentação que, muitas vezes, é repetido no domicílio.

A transição nutricional foi acompanhada pelo aumento da disponibilidade média de calorias para consumo. Em 2009 o consumo energético diário médio da população foi superior ao recomendado de 2000 kcal, o que é mais um fator contributivo para o aumento do excesso de peso. Essa média se assemelha às encontradas em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, com as maiores médias entre os adolescentes do sexo masculino e as menores entre os idosos.

O declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar têm relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas.

Com relação às doenças relacionadas às deficiências de micronutrientes, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, reafirmou que as deficiências de ferro e vitamina A ainda persistem como problemas de saúde pública no Brasil: 17,4% das crianças e 12,3% das mulheres em idade fértil apresentam hipovitaminose A, enquanto 20,9% e 29,4% desses grupos populacionais, respectivamente, apresentam anemia por deficiência de ferro. Estudos regionais apontam para uma prevalência média de cerca de 50% de anemia ferropriva em crianças menores de cinco anos de idade.

A melhoria ao acesso à saúde e à renda da população deveriam ter impactado na melhoria dos indicadores relativos à deficiência de micronutrientes, carências que, aparentemente, estavam sanadas, como no caso da hipovitaminose A e outras deficiências, como o ressurgimento de casos de Beribéri em alguns estados brasileiros, e o desajuste do consumo de iodo por adultos, provenientes do consumo excessivo do sal de cozinha iodado.

A sociedade brasileira vivenciou uma peculiar e rápida transição nutricional: de um país que apresentava altas taxas de desnutrição, na década de 1970, passou a ser um país com metade da população adulta com excesso de peso, em 2008. A redução da desnutrição em crianças menores de cinco anos foi intensa nas últimas décadas. Nesse sentido, a associação de políticas econômicas e sociais, particularmente na década de 2000, foi fundamental para o Brasil avançar na redução das desigualdades internas. Entre 1989 e 2006, o Brasil alcançou as metas relativas à redução da desnutrição infantil do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (indicador do ODM de erradicação da pobreza extrema e fome): “Prevalência de crianças (com menos de cinco anos) abaixo do peso” caiu mais de quatro vezes (de 7,1% para 1,7%), enquanto o déficit de altura diminuiu para cerca de um terço no mesmo período (de 19,6% para 6,7%).

No entanto, os avanços são desiguais. Ainda persistem altas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população, como entre as crianças indígenas (26%), quilombolas (16%), residentes na região norte do país (15%) e aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda (15%), afetando principalmente crianças e mulheres que vivem em bolsões de pobreza. Apesar das diferenças entre os grupos étnicos e regiões geográficas, a maior redução das prevalências de desnutrição infantil se deu na Região Nordeste e nas populações mais pobres do país, sendo os principais fatores responsáveis por esses avanços: o aumento da escolaridade materna, o aumento da renda familiar, o maior acesso aos serviços da rede de atenção básica de saúde e a expansão do saneamento básico.

Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como em vários países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade - é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

faixas etárias. Em vinte anos, as prevalências de obesidade em crianças entre 5 a 9 anos foram multiplicadas por quatro entre os meninos (4,1% para 16,6%) e por, praticamente, cinco entre as meninas (2,4% para 11,8%). Nos adolescentes, após quatro décadas de aumento gradual nas prevalências, em torno de 20% apresentaram excesso de peso (com pequena diferença entre os sexos) e quase 6% dos adolescentes do sexo masculino e 4% do sexo feminino foram classificados como obesos.

Na população adulta, houve aumento do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e de renda. A obesidade cresceu de 2,8% em homens e 7,8% em mulheres para 12,5% entre homens e 16,9% entre as mulheres nos períodos entre 1974-1975 e 2008-2009, de modo que o excesso de peso alcançou 50,1% nos homens e 48,0% nas mulheres. Atualmente, a obesidade tem prevalências semelhantes entre as mulheres de todos os níveis de renda, mas, entre os homens, a obesidade entre os vinte por cento mais ricos da população é o dobro das prevalências encontradas entre o quinto mais pobre. A renda média da população brasileira apresentou um incremento nas últimas décadas e as doenças crônicas, com foco para obesidade, passaram a apresentar taxas semelhantes entre os grupos.

As doenças crônicas são a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil. Nos últimos anos, os percentuais de hipertensão arterial sistêmica e diabetes vêm se mantendo estáveis, embora a obesidade esteja em ascensão. Segundo o VIGITEL, a obesidade avança anualmente cerca de 1% entre os adultos. O aumento da obesidade está fortemente ligado ao consumo alimentar e à prática de atividade física. Seus determinantes são de natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de questões ambientais, o que torna a obesidade uma doença multifatorial. Esses fatores interagem de forma complexa, exigindo que a obesidade seja tratada, tendo em vista toda a sua complexidade e determinação social. O Estudo de Carga Global de Doenças no Brasil revela que 58% dos anos de vida perdidos precocemente se devem às doenças crônicas não transmissíveis.

Os indicadores de saúde e nutrição refletem as desigualdades de renda e raça que ainda persistem no país: mulheres negras e de baixa renda apresentam maiores percentuais de doenças crônicas quando comparadas a mulheres, da mesma idade, brancas e de renda mais alta. Entre os homens, a obesidade está mais presente entre os de renda mais alta, embora cresça em todos os estratos.

O desenvolvimento econômico deve ser acompanhado pelo setor saúde para que as populações que tenham incremento de renda também tenham melhorias de acesso e condições de saúde.

O cenário epidemiológico apresentado reflete os avanços do Brasil na luta contra a fome e a desnutrição, embora ainda existam populações vulneráveis a esses agravos. O acelerado crescimento do excesso de peso em todas as faixas etárias e de renda deixa clara a necessidade de medidas de controle e prevenção do ganho de peso. Se essas ações não forem implementadas, estima-se que em vinte anos cerca de 70% dos brasileiros estarão com excesso de peso no Brasil.

O enfrentamento desse quadro clama por ações nos diversos setores, desde a produção à comercialização final dos alimentos e com a garantia de ambientes que propiciem a mudança de conduta dos indivíduos e da sociedade. Ciente de sua responsabilidade sanitária, frente a esse cenário, a PNAN constitui-se uma resposta oportuna e específica do SUS para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira, ao tempo em que promove a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional para todas as fases do curso da vida.

2 PROPÓSITO

A PNAN tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

3 PRINCÍPIOS

A PNAN tem por pressupostos os direitos à Saúde e à Alimentação e é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular), aos quais se somam os princípios a seguir:

A Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde: a alimentação expressa as relações sociais, valores e história do indivíduo e dos grupos populacionais e tem implicações diretas na saúde e na qualidade de vida. A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde, na valorização do ser humano, para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde.

O respeito à diversidade e à cultura alimentar: a alimentação brasileira, com suas particularidades regionais, é a síntese do processo histórico de intercâmbio cultural, entre as matrizes indígena, portuguesa e africana que se somam, por meio dos fluxos migratórios, às influências de práticas e saberes alimentares de outros povos que compõem a diversidade sociocultural brasileira. Reconhecer, respeitar, preservar, resgatar e difundir a riqueza incomensurável de alimentos e práticas alimentares correspondem ao desenvolvimento de ações com base no respeito à identidade e cultura alimentar da população.

O fortalecimento da autonomia dos indivíduos: o fortalecimento ou ampliação dos graus de autonomia para as escolhas e práticas alimentares implica, por um lado, um aumento da capacidade de interpretação e análise do sujeito sobre si e sobre o mundo e, por outro, a capacidade de fazer escolhas, governar e produzir a própria vida. Para tanto, é importante que o indivíduo desenvolva a capacidade de lidar com as situações, a partir do conhecimento dos determinantes dos problemas que o afetam, encarando-os com reflexão crítica. Diante dos interesses e pressões do mercado comercial de alimentos, bem como das regras de disciplinamento e prescrição de condutas dietéticas em nome da saúde, ter mais autonomia significa conhecer as várias perspectivas, poder experimentar, decidir, reorientar, ampliar os objetos de investimento relacionados ao comer e poder contar com pessoas nessas escolhas e movimentos. Há uma linha tênue entre dano e prazer que deve ser continuamente analisada, pois leva os profissionais de saúde, frequentemente, a se colocarem nos extremos da omissão e do governo exacerbado dos outros. Para isso, deve-se investir em instrumentos e estratégias de comunicação e educação em saúde que apoiem os profissionais de saúde em seu papel de socialização do conhecimento e da informação sobre alimentação e nutrição e de apoio aos indivíduos e coletividades na decisão por práticas promotoras da saúde.

A determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição: o conhecimento das determinações socioeconômicas e culturais da alimentação e nutrição dos indivíduos e coletividades contribui para a construção de formas de acesso a uma alimentação adequada e saudável, colaborando com a mudança do modelo de produção e consumo de alimentos que determinam o atual perfil epidemiológico. A busca pela integralidade na atenção nutricional pressupõe a articulação entre setores sociais diversos e se constitui em uma possibilidade de superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais e institucionais, de modo a responder aos problemas de alimentação e nutrição vivenciados pela população brasileira.

A segurança alimentar e nutricional com soberania: a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é estabelecida no Brasil como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A Soberania Alimentar se refere ao direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e de produzir alimentos saudáveis e culturalmente adequados, acessíveis, de forma sustentável e ecológica, colocando aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências de mercado.

4 DIRETRIZES

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

As diretrizes que integram a PNAN indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. Sendo consolidadas em:

1. Organização da Atenção Nutricional;

2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;

3. Vigilância Alimentar e Nutricional;

4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;

5. Participação e Controle Social;

6. Qualificação da Força de Trabalho;

7. Controle e Regulação dos Alimentos;

8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;

9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

4.1 Organização da Atenção Nutricional

A atual situação alimentar e nutricional do País torna evidente a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e à promoção da saúde. Incluem-se, ainda, as ações de vigilância para proporcionar a identificação de seus determinantes e condicionantes, assim como das regiões e populações mais vulneráveis.

Dessa forma, a atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

A atenção nutricional tem como sujeitos os indivíduos, a família e a comunidade. Os indivíduos apresentam características específicas e entre os elementos de sua diversidade está a fase do curso da vida em que se encontram, além da influência da família e da comunidade em que vivem. Todas as fases do curso da vida devem ser foco da atenção nutricional, no entanto cabe a identificação e priorização de fases mais vulneráveis aos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

As famílias e comunidades devem ser entendidas como “sujeitos coletivos” que têm características, dinâmicas, formas de organização e necessidades distintas, assim como apresentam diferentes respostas a fatores que possam lhes afetar. Também devem ser consideradas as especificidades dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais, como a população negra, quilombolas e povos indígenas, entre outros, assim como as especificidades de gênero.

A atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. A Atenção Básica, pela sua capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população, sob sua responsabilidade, contribui para que a organização da atenção nutricional parta das necessidades dos usuários.

Nesse intuito, o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na RAS deverá ser iniciado pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e equipes de Atenção Básica. A vigilância alimentar e nutricional possibilitará a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

Para este diagnóstico deverão ser utilizados o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e outros sistemas de informação em saúde para identificar indivíduos ou grupos que apresentem agravos e riscos para saúde, relacionados ao estado nutricional e ao consumo alimentar. De modo a identificar possíveis determinantes e condicionantes da situação alimentar e nutricional da população, é importante que as equipes de Atenção Básica incluam em seu processo de territorialização a identificação de locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, costumes e tradições alimentares locais, entre outras características do território, onde vive a população, que possam relacionar-se aos seus hábitos alimentares e estado nutricional.

A atenção nutricional deverá priorizar a realização de ações no âmbito da Atenção Básica, mas precisa incluir, de acordo com as necessidades dos usuários, outros pontos de atenção à saúde, como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços especializados, hospitais, atenção domiciliar, entre outros no âmbito do SUS. Assim como ações em diferentes equipamentos sociais (governamentais ou não) que possam contribuir com o cuidado integral em saúde por meio da intersetorialidade.

Nesse contexto, as práticas e processos de acolhimento precisam considerar a alimentação e nutrição como determinantes de saúde e levar em conta a subjetividade e complexidade do comportamento alimentar. O que implica disseminar essas concepções entre os profissionais, contribuindo para a qualificação de sua escuta e capacidade resolutiva em uma perspectiva humanizada. Na organização da atenção nutricional devem ser consideradas outras racionalidades terapêuticas possibilitando a incorporação das práticas integrativas e complementares nos cuidados relativos à alimentação e nutrição no SUS.

A atenção nutricional, no âmbito da atenção básica, deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde do seu território, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade. Diante do atual quadro epidemiológico do país, são prioritárias as ações preventivas e de tratamento da obesidade, da desnutrição, das carências nutricionais específicas e de doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à alimentação e nutrição. Também constituem demandas para a atenção nutricional, no SUS, o cuidado aos indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais, como as decorrentes dos erros inatos do metabolismo, transtornos alimentares, entre outros.

Para a prática da atenção nutricional no âmbito da Atenção Básica, as equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada, com a participação de profissionais da área de alimentação e nutrição que deverão instrumentalizar os demais profissionais para o desenvolvimento de ações integrais nessa área, respeitando seu núcleo de competências.

As ações de prevenção das carências nutricionais específicas por meio da suplementação de micronutrientes (ferro, vitamina A, dentre outros) serão de responsabilidade dos serviços de Atenção Básica, em acordo com o disposto nas normas técnicas dos programas de suplementação. As unidades hospitalares- maternidades colaboram na implementação dos programas de suplementação de micronutrientes, em especial na suplementação de vitamina A para puérperas no pós-parto.

Embora a Atenção Básica seja a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema de saúde, as demandas para a atenção nutricional podem ser identificadas em outros pontos da rede de atenção à saúde. Dessa forma, a atenção nutricional nos demais pontos de atenção à saúde também deve ser realizada dentro de uma rede integrada de cuidados de forma transversal a outras políticas específicas e com a participação de equipes multidisciplinares, respeitando-se as atividades particulares dos profissionais que as compõem, assim como na Atenção Básica. Nesse sentido faz-se necessária a elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas que orientem a organização dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde. Deverão ainda ser normatizados os critérios

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

para o acesso a alimentos para fins especiais de modo a promover a equidade e a regulação no acesso a esses produtos.

No âmbito hospitalar, é necessário promover a articulação entre o acompanhamento clínico e o acompanhamento nutricional, tendo em vista a relevância do estado nutricional para a evolução clínica dos pacientes; assim como a interação destes com os serviços de produção de refeições e os serviços de terapia nutricional, entendendo que a oferta de alimentação adequada e saudável é componente fundamental nos processos de recuperação da saúde e prevenção de novos agravos nos indivíduos hospitalizados.

No contexto da garantia da oferta de alimentação adequada e saudável, ressalta-se a importância de que a rede de atenção à saúde constitua-se em uma rede de apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Para tanto, deve-se incentivar e favorecer a prática do aleitamento materno (exclusivo até o 6º mês e complementar até os 2 anos) e a doação de leite humano em diversos serviços de saúde, de forma articulada aos Bancos de Leite Humano, para ampliar a oferta de leite materno nas situações de agravos maternos e infantis que impossibilitem a prática do aleitamento materno.

A incorporação organizada e progressiva da atenção nutricional deverá resultar em impacto positivo na saúde da população.

4.2 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

Entende-se por alimentação adequada e saudável a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) é uma das vertentes da Promoção à Saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país. Assim, as ações de promoção da saúde constituem-se formas mais amplas de intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

A PAAS é aqui compreendida como um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Considerando-se que o alimento tem funções transcendentes ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados.

A implantação dessa diretriz da PNAN fundamenta-se nas dimensões de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e deve combinar iniciativas focadas em (i) políticas públicas saudáveis; (ii) criação de ambientes favoráveis à saúde nos quais indivíduo e comunidades possam exercer o comportamento saudável; (iii) o reforço da ação comunitária; (iv) o desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes e (v) a reorientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde.

Nesse contexto, a PAAS objetiva a melhora da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes (físico, social, político, econômico e cultural), de caráter amplo e que possam responder às necessidades de saúde da população, contribuindo para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas associadas e outras relacionadas à alimentação e nutrição.

O elenco de estratégias na saúde direcionadas à PAAS envolve a educação alimentar e nutricional que se soma às estratégias de regulação de alimentos - envolvendo rotulagem e informação, publicidade e melhoria do perfil nutricional dos alimentos - e ao incentivo à criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada e saudável, incidindo sobre a oferta de alimentos saudáveis nas escolas e nos ambientes de trabalho. A oferta de alimentos saudáveis também deve ser estimulada entre pequenos comércios de alimentos e refeições da chamada “comida de rua”.

Nesse sentido, pressupõe-se o compromisso do setor saúde na articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais em diferentes esferas de governo e junto à sociedade. Organizar as ações de PAAS implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, identificar e analisar de forma crítica, além de enfrentar hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes estão submetidos.

O desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação e nutrição implica pensar a educação alimentar e nutricional como processo de diálogo entre profissionais de saúde e a população, de fundamental importância para o exercício da autonomia e do auto-cuidado. Isso pressupõe, sobretudo, trabalhar com práticas referenciadas na realidade local, problematizadoras e construtivistas, considerando-se os contrastes e as desigualdades sociais que interferem no direito universal à alimentação. Para isso, constitui-se prioridade a elaboração e pactuação de agenda integrada - intra e intersetorial - de educação alimentar e nutricional para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas com os diversos setores afetos ao tema.

A responsabilidade das equipes de saúde com relação à PAAS deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo- se nos demais equipamentos sociais como espaços comunitários de atividade física e práticas corporais, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social e ambientes de trabalho, entre outros.

O conjunto das ações de PAAS, aliado às demais ações de promoção da saúde, contribui com a ampliação do escopo das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento dos indivíduos e das comunidades, com a superação do modelo biomédico, pautado pela doença, e de desafios como (i) a abordagem que se limita à produção e à oferta de informações técnico-científicas; (ii) a frágil integração do conhecimento científico ao popular, e (iii) a ainda insuficiente apropriação das dimensões cultural e social como determinantes dos hábitos alimentares.

Pela natureza das ações de PAAS, a participação popular é fundamental e deve ocorrer desde o diagnóstico da realidade e definição de objetivos até a implantação das ações, estando refletida nas discussões das instâncias de participação e controle social. Assim, deve ser incentivada a incorporação da dimensão da alimentação adequada e saudável nos conteúdos e estratégias dos movimentos sociais da educação popular em saúde e das capacitações para gestão participativa das instâncias de controle do SUS. Além da mobilização social, deve ser considerada a participação dos setores público e privado na elaboração e execução das estratégias.

4.3 Vigilância Alimentar e Nutricional

A vigilância alimentar e nutricional consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

Deverá fornecer dados desagregados para os distintos âmbitos geográficos, categorias de gênero, idade, raça/etnia, populações específicas (como indígenas e povos e comunidades tradicionais) e outras de interesse para um amplo entendimento da diversidade e dinâmicas nutricional e alimentar da população brasileira. O seu fortalecimento institucional possibilitará documentar a distribuição, magnitude e tendência da transição nutricional, identificando seus desfechos, determinantes sociais, econômicos e ambientais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A vigilância alimentar e nutricional subsidiará o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e à qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS. Contribuirá, também, com o controle e a participação social e o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios.

O Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), operado a partir da atenção básica à saúde, tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida.

Deverá apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar.

Destaque deve ser dado à vigilância alimentar e nutricional de povos e comunidades tradicionais e de grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e iniquidade.

Ao Sisvan deverão ser incorporados o acompanhamento nutricional e o de saúde das populações assistidas pelos programas de transferência de renda no sentido de potencializar os esforços desenvolvidos pelas equipes de saúde, qualificando a informação e a atenção nutricional dispensada a essas famílias.

Na perspectiva de integração e da organização da saúde indígena, buscando a superação da extrema vulnerabilidade nutricional dessas populações, deverá ser destacada a vigilância alimentar e nutricional com a integração e operacionalização dos sistemas de informação existentes.

Para o diagnóstico amplo, nos territórios sob a responsabilidade da atenção básica à saúde, é necessária a análise conjunta dos dados de vigilância alimentar e nutricional com outras informações de natalidade, morbidade, mortalidade, cobertura de programas e dos serviços de saúde, entre outras disponíveis nos demais sistemas de informação em saúde.

A vigilância alimentar e nutricional deverá contribuir com outros setores de governo, com vistas ao monitoramento do padrão alimentar e dos indicadores nutricionais que compõem o conjunto de informações para a vigilância da Segurança Alimentar e Nutricional.

As chamadas nutricionais consistem em pesquisas transversais realizadas em datas estratégicas - como o “dia nacional de imunização” - permitindo estudos sobre aspectos da alimentação e nutrição infantil, bem como de políticas sociais de transferência de renda e de acesso aos alimentos direcionados a esse público. Devem ser implementadas nos diferentes níveis, do local ao nacional.

No campo dos inquéritos populacionais, é fundamental a garantia da realização regular e contínua de pesquisas que abordem a disponibilidade domiciliar de alimentos, o consumo alimentar pessoal e o estado nutricional da população brasileira, tais como as Pesquisas de Orçamentos Familiares, realizadas, pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE). Também deverão ser garantidos inquéritos regulares sobre a saúde e nutrição materna e infantil, tais como as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS).

Com vistas a subsidiar a gestão, os indicadores de alimentação e nutrição deverão ser reforçados nos sistemas de acompanhamento da situação de saúde da população, com a inclusão nas salas de situação em saúde e a constituição de centros de informação em alimentação e nutrição, destacando sua utilização nos instrumentos de planejamento e pactuação do SUS.

4.4 Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição

A PNAN, além de se constituir como uma referência política e normativa para a realização dos direitos à alimentação e à saúde, representa uma estratégia que articula dois sistemas: o Sistema Único de Saúde, seu lócus institucional, e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), espaço de articulação e coordenação intersetorial.

Sua natureza transversal às demais políticas de saúde e seu caráter eminentemente intersetorial colocam o desafio da articulação de uma agenda comum de alimentação e nutrição com os demais setores do governo e sua integração às demais políticas, programas e ações do SUS. Assim, as estruturas gerenciais devem possibilitar a construção de estratégias capazes de elaborar e concretizar processos, procedimentos e fluxos de gestão, em consonância com as suas realidades organizacionais e que promovam a formulação, a implementação e o monitoramento das suas ações de alimentação e nutrição.

Cabe aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, promover a implementação da PNAN por meio da viabilização de parcerias e da articulação interinstitucional necessária para fortalecer a convergência dela com os Planos de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional.

O aperfeiçoamento dos processos de planejamento e avaliação das ações deve ser estimulado para subsidiar a pactuação e a incorporação das ações nos instrumentos de gestão.

A pactuação entre as esferas de governo para a efetivação da PNAN deve respeitar todos os preceitos e instâncias praticados no SUS, para que suas ações possam ser assumidas e incorporadas pelos gestores das três esferas de governo no contexto da rede de atenção à saúde e, com isso, consolidarem-se em todo o território nacional.

Para o alcance da melhoria das condições de alimentação e nutrição da população, faz-se necessário garantir estratégias de financiamento tripartite para implementação das diretrizes da PNAN, tendo como prioridade:

• A aquisição e distribuição de insumos para prevenção e tratamento das carências nutricionais específicas;

• A adequação de equipamentos e estrutura física dos serviços de saúde para realização das ações de vigilância alimentar e nutricional;

• A garantia de processo de educação permanente em alimentação e nutrição para trabalhadores de saúde;

• A garantia de processos adequados de trabalho para a organização da atenção nutricional no SUS.

No âmbito da Cooperação Internacional, a trajetória brasileira das políticas públicas de alimentação enutrição e de segurança alimentar e nutricional pode contribuir de forma solidária para o desenvolvimento de políticas de nutrição em outros países. Para tanto, devem ser incorporados à política externa brasileira os princípios do direito humano à alimentação, da soberania e segurança alimentar e nutricional, no escopo dos acordos e mecanismos de cooperação internacional.

Nesse sentido, a PNAN contribui junto a outras iniciativas do Ministério da Saúde para estreitar relações de cooperação internacional, com foco nos países que integram a relação Sul/Sul, especialmente em nível regional no MERCOSUL, América Latina e Caribe. Atenção diferenciada deve ser dada aos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPS).

A atuação do Ministério da Saúde junto às Agências da ONU, como o Comitê de Nutrição das Nações Unidas (SCN), a Organização Pan-Americana de Saúde e o Comitê de Segurança Alimentar da FAO, deve ser estimulada na perspectiva de colaborar na construção de recomendações e metas de desenvolvimento global relacionadas à alimentação e nutrição.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

O propósito e as diretrizes desta Política evidenciam a necessidade de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação de sua implementação. O acompanhamento e a avaliação voltados para a gestão da PNAN devem enfocar o aprimoramento da política e de sua implementação nas esferas do SUS. O objetivo é verificar a repercussão desta Política na saúde e na qualidade de vida da população, buscando a caracterização e compreensão de uma situação para tomada de decisão, bem como para a proposição de critérios e normas que impactem diretamente o desempenho da política e seus indicadores nos diferentes níveis de atuação.

Para essa finalidade, a construção do monitoramento das ações da PNAN parte da identificação da produção e dos processos desenvolvidos pela gestão federal, acrescidos em cada esfera dos processos próprios e específicos de apreensão e adequação das diretrizes emanadas da política nacional. Deverá levar em conta os problemas nutricionais priorizados, a participação e o acesso da população aos programas e ações da PNAN. Esse processo exigirá a definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas para a atenção nutricional.

A evolução do acompanhamento para um sistema tripartite e participativo de monitoramento da PNAN, que considere as dimensões de respeito aos direitos das pessoas e a adequação dos serviços prestados, se dará em consonância com os sistemas de planejamento e pactuação do SUS.

Ao viabilizar essa avaliação, deverão ser considerados indicadores que permitam verificar em que medida são consolidados os princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do detalhamento feito no Art. 7.º, da Lei n° 8.080/90, observando-se, por exemplo, se:

• o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados junto à população;

• o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática estão sendo fundamentados na epidemiologia;

• os planos, programas, projetos e atividades que operacionalizam a PNAN estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única e as responsabilidades em cada esfera de gestão.

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política envolverá, também, a avaliação do cumprimento dos compromissos internacionais assumidos pelo País nesse contexto. No conjunto desses compromissos, cabe destacar aqueles de iniciativa das Nações Unidas, representadas por diversas agências internacionais – tais como a FAO, a OMS, o Unicef, o Alto Comissariado de Direitos Humanos –que destinam-se a incorporar, na agenda dos governos, concepções, objetivos, metas e estratégias de alimentação e nutrição.

4.5 Participação e Controle Social

O SUS é marco da construção democrática e participativa das políticas públicas no Brasil. Sua legislação definiu mecanismos para que a participação popular, fundamental para sua constituição, faça parte do seu funcionamento através da prática do controle social nos Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas de governo.

A formulação dos planos de saúde deve emergir dos espaços onde acontecem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo e/ ou caráter consultivo.

As perspectivas Intersetorial da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional permitem considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas nessas áreas requerem, necessariamente, parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura e outros. Assim, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

Dessa forma, o debate sobre a PNAN e suas ações nos diversos fóruns deliberativos e consultivos, congressos, seminários e outros, criam condições para a reafirmação de seu projeto social e político e devem ser estimulados, sendo os Conselhos e as Conferências de Saúde espaços privilegiados para discussão das ações de alimentação e nutrição no SUS.

A CIAN é uma das comissões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) prevista na Lei n° 8080/90 e tem por objetivo: acompanhar, propor e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da PNAN e promover a articulação e a complementaridade de políticas, programas e ações de interesse da saúde, cujas execuções envolvem áreas não compreendidas no âmbito específico do SUS (BRASIL, 1990). A criação de CIAN, em âmbito estadual, distrital e municipal potencializará o debate acerca da PNAN na agenda dos Conselhos de Saúde. Nesse sentido, deverá ser fortalecido o papel dos conselheiros de saúde na expressão de demandas sociais relativas aos direitos humanos à saúde e à alimentação, definição e acompanhamento de ações derivadas da PNAN, em seu âmbito de atuação.

A instituição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA e das Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional e o fortalecimento simultâneo dos diversos fóruns e conselhos das políticas relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional trazem como desafio para o CNS e a CIAN, a ampliação do diálogo e a busca de consensos para construir democraticamente as demandas da sociedade civil sobre a PNAN e sobre o conjunto de programas e políticas a ela relacionadas.

A participação social deve estar presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. Assim, deve ser reconhecido e apoiado o protagonismo da população na luta pelos seus direitos à saúde e à alimentação por meio da criação e fortalecimento de espaços de escuta da sociedade, de participação popular na solução de demandas e de promoção da inclusão social de populações específicas.

4.6 Qualificação da Força de Trabalho

A situação alimentar e nutricional da população brasileira e o Plano Nacional de Saúde, combinados com o movimento em defesa da segurança alimentar e nutricional, fornecem indicações importantes para a ordenação da formação dos trabalhadores do setor saúde que atuam na agenda da alimentação e nutrição no SUS. Nesse contexto, torna-se imprescindível a qualificação dos profissionais em consonância com as necessidades de saúde, alimentação e nutrição da população, sendo estratégico considerar o processo de trabalho em saúde como eixo estruturante para a organização da formação da força de trabalho.

Faz-se necessário desenvolver e fortalecer mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção nutricional, de valorização dos profissionais de saúde, com o estímulo e viabilização da formação e da educação permanente, da garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, da qualificação dos vínculos de trabalho e da implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários.

A qualificação dos gestores e de todos os trabalhadores de saúde para implementação de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição voltadas à atenção e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional representa uma necessidade histórica e estratégica para o enfrentamento dos agravos e problemas decorrentes do atual quadro alimentar e nutricional brasileiro.

A Educação permanente em saúde revela-se a principal estratégia para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular. Deve embasar-se num processo pedagógico que parte do cotidiano do trabalho envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos. As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Um dispositivo importante seria a constituição de estratégias de articulação dos gestores com as instituições formadoras para desenvolvimento de projetos de formação em serviço, campos para extensão e pesquisa na rede de atenção à saúde do SUS que possibilitem o desenvolvimento de práticas do cuidado relacionadas à alimentação e nutrição.

Os cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde, em especial de Nutrição, devem contemplar a formação de profissionais que atendam às necessidades sociais em alimentação e nutrição e que estejam em sintonia com os princípios do SUS e da PNAN.

Os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN), localizados em instituições públicas de ensino e pesquisa e credenciados pelo Ministério da Saúde para o apoio ao desenvolvimento de estratégias que aperfeiçoem as ações da PNAN, são parceiros estratégicos para articular as necessidades do SUS com a formação e qualificação dos profissionais de saúde para agenda de Alimentação e Nutrição.

4.7 Controle e Regulação dos Alimentos

O planejamento das ações que garantam a inocuidade e a qualidade nutricional dos alimentos, controlando e prevenindo riscos à saúde, se faz presente na agenda da promoção da alimentação adequada e saudável e da proteção à saúde. A preocupação em ofertar o alimento saudável e com garantia de qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica à população é o produto final de uma cadeia de processos, desde a produção (incluindo a agricultura tradicional e familiar), processamento, industrialização, comercialização, abastecimento até a distribuição, cuja responsabilidade é partilhada com diferentes setores de governo e da sociedade.

A atual complexidade da cadeia produtiva de alimentos coloca a sociedade brasileira diante de novos riscos à saúde, como a presença de agrotóxicos, aditivos, contaminantes, organimos geneticamente modificados e a inadequação do perfil nutricional dos alimentos. O avanço da tecnologia contribui para maior oferta e variedade de alimentos no mercado e alto grau de processamento dos alimentos industrializados - cuja composição é afetada pelo uso excessivo de açúcar, sódio e gorduras, gerando alimentos de elevada densidade energética. Essas novas formulações, aliadas ao aumento de consumo de refeições fora do lar exigem adequações na regulação de alimentos.

Nesse contexto, a segurança sanitária busca a proteção da saúde humana, considerando as mudanças ocorridas na cadeia de produção até o consumo dos alimentos, nos padrões socioculturais decorrentes da globalização e as adaptações ao modo de produção de alimentos em escala internacional. Assim, o risco sanitário deve enfocar a abordagem integral de saúde e considerar, além de si próprio, o risco nutricional decorrente desse cenário, ampliando a capacidade de o Estado fazer uso dos instrumentos legais de controle necessários à proteção da saúde da população.

A PNAN e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS se convergem na finalidade de promover e proteger a saúde da população na perspectiva do direito humano à alimentação, por meio da normatização e do controle sanitário da produção, comercialização e distribuição de alimentos.

As medidas sanitárias adotadas para alimentos se baseiam na análise de risco, considerando-se o risco como a probabilidade de um efeito adverso à saúde em consequência de um perigo físico, químico ou biológico com o potencial de causar esse efeito adverso à saúde. Dessa forma, é fundamental o uso da ferramenta de análise de risco com a finalidade de monitorar e assegurar à população a oferta de alimentos seguros e adequados nutricionalmente, respeitando o direito individual na escolha e decisão sobre os riscos aos quais irá se expor. Nesse sentido, implementar e utilizar as Boas Práticas Agrícolas, Boas Práticas de Fabricação, Boas Práticas Nutricionais e o Sistema Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle – APPCC, na cadeia de produção de alimentos, potencializa e assegura as ações de proteção à saúde do consumidor.

Para que os órgãos de controle sanitário de alimentos possam viabilizar as ações de monitoramento e responder oportunamente às demandas que lhes são apresentadas, é preciso que sejam dotados de capacidade de resposta rápida, com um sistema ágil que permita o acompanhamento dessas ações de forma a reavaliar processos, produzir informações e a subsidiar a tomada de decisões. Dessa maneira, faz-se necessário revisar e aperfeiçoar os regulamentos sanitários e norteá-los em conformidade às diretrizes nacionais da PAAS e da garantia do direito humano à alimentação e reforçar a capacidade técnica e analítica da rede nacional de vigilância sanitária.

O monitoramento da qualidade dos alimentos deve considerar aspectos sanitários, como o microbiológico e o toxicológico, e do seu perfil nutricional, como teores de macro e micronutrientes, articulando-se com as estratégias de fortificação obrigatória de alimentos e de reformulação do perfil nutricional de alimentos processados com vistas à redução de gorduras, açúcares e sódio.

Especificamente a ação de monitoramento da publicidade e propaganda de alimentos deve buscar aperfeiçoar o direito à informação, de forma clara e precisa, com intuito de proteger o consumidor das práticas potencialmente abusivas e enganosas e promover autonomia individual para escolha alimentar saudável. Essa estratégia deve limitar a promoção comercial de alimentos não-saudáveis para as crianças e aperfeiçoar a normatização da publicidade de alimentos, por meio do monitoramento e fiscalização das normas que regulamentam a promoção comercial de alimentos.

A comunicação e os canais de interação com os consumidores devem ser ampliados, estabelecendo ações contínuas de informação para que as medidas de controle e regulação sejam compreendidas e plenamente utilizadas pela população. A maior compreensão da percepção de risco nutricional e de saúde por parte do consumidor é fundamental para o desenvolvimento de estratégias efetivas de enfrentamento às práticas inadequadas de alimentação.

A rotulagem nutricional dos alimentos constitui instrumento central no aperfeiçoamento do direito à informação. O acesso à informação fortalece a capacidade de análise e decisão do consumidor, portanto, essa ferramenta deve ser clara e precisa para que possa auxiliar na escolha de alimentos mais saudáveis. Apesar do avanço normativo da rotulagem nutricional obrigatória, ainda é possível se deparar com informações excessivamente técnicas e publicitárias que podem induzir à interpretação equivocada. Dessa forma é preciso aprimorar as informações obrigatórias contidas nos rótulos dos alimentos de forma a torná-las mais compreensíveis e estender o uso da normativa para outros setores de produção de alimentos.

As ações relacionadas à regulação de alimentos devem estar coordenadas e integradas à garantia da inocuidade e qualidade nutricional de alimentos, com o fortalecimento institucional dos setores comprometidos com a saúde pública e a transparência do processo regulatório - em especial dos agrotóxicos em alimentos, aditivos e alimentos destinados a grupos populacionais com necessidades alimentares específicas.

Atualmente o Brasil compõe o Mercado Comum do Sul – Mercosul que apresenta políticas de regulamentação, estabelecendo práticas equitativas de comércio para os produtos alimentícios a partir da internalização e harmonização de legislações internacionais. Essas normas são amplamente discutidas com objetivo de estabelecer a livre circulação de gêneros alimentícios seguros e saudáveis, adaptadas às políticas e aos programas públicos de cada país. Outro fórum internacional de regulação de alimentos é o Codex Alimentarius, do qual o Brasil faz parte e deve levar em conta as recomendações desse espaço com vistas à defesa da saúde e da nutrição da população brasileira.

4.8 Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição

O desenvolvimento do conhecimento e o apoio à pesquisa, à inovação e à tecnologia, no campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva, possibilitam a geração de evidências e instrumentos necessários para implementação da PNAN.

Com relação ao conhecimento da situação alimentar e nutricional, o Brasil conta, atualmente, com os sistemas de informação de saúde e, em especial, o SISVAN, bem como pesquisas periódicas de base populacional nacional e local. Nesse aspecto, é importante que essas fontes de informação sejam mantidas e fortalecidas e que a documentação do diagnóstico alimentar e nutricional da população brasileira seja realizada por regiões, estados, grupos populacionais,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

etnias, raças/cores, gêneros, escolaridade, entre outros recortes que permitam visualizar a determinação social do fenômeno.

É fundamental manter e fomentar investimentos em pesquisas de delineamento e avaliação de novas intervenções e de avaliação de programas e ações propostos pela PNAN, para que os gestores disponham de uma base sólida de evidências que apoiem o planejamento e a decisão para a atenção nutricional no SUS. Deve-se, portanto, manter atualizada uma agenda de prioridades de pesquisas em alimentação e nutrição de interesse nacional e regional, pautada na agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.

Desse modo, é importante a ampliação do apoio técnico, científico e financeiro às linhas de investigação aliadas às demandas dos serviços de saúde, que desenvolvam metodologias e instrumentos aplicados à gestão, execução, monitoramento e avaliação das ações relacionadas à PNAN. Para esse fim, os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição (CECAN) constituem uma rede colaborativa interinstitucional de cooperação técnico-científica, que deve ser aprimorada e fortalecida à medida que produzem evidências que contribuem para o fortalecimento da gestão e atenção nutricional na rede de atenção à saúde do SUS.

4.9 Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base: práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. Esse conceito congrega questões relativas à produção e disponibilidade de alimentos (suficiência, estabilidade, autonomia e sustentabilidade) e à preocupação com a promoção da saúde, interligando os dois enfoques que nortearam a construção do conceito de SAN no Brasil: o socioeconômico e o de saúde e nutrição.

A garantia de SAN para a população, assim como a garantia do direito à saúde, não depende exclusivamente do setor saúde, mas este tem papel essencial no processo de articulação Intersetorial.

A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e da SAN na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Assim, a PNAN deve interagir com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e outras políticas de desenvolvimento econômico e social, ocupando papel importante na estratégia de desenvolvimento das políticas de SAN, principalmente em aspectos relacionados ao diagnóstico e vigilância da situação alimentar e nutricional e à promoção da alimentação adequada e saudável.

A articulação e cooperação entre o SUS e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) proporcionará o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de SAN com vistas ao enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e dos agravos em saúde, na ótica de seus determinantes sociais.

Deverão ser destacadas ações direcionadas: (i) à melhoria da saúde e nutrição das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, implicando ampliação do acesso aos serviços de saúde; (ii) à interlocução com os setores responsáveis pela produção agrícola, distribuição, abastecimento e comércio local de alimentos visando o aumento do acesso a alimentos saudáveis; (iii) à promoção da alimentação adequada e saudável em ambientes institucionais como escolas, creches, presídios, albergues, locais de trabalho, hospitais, restaurantes comunitários, entre outros; (iv) à articulação com as redes de educação e sócio-assistencial para a promoção da educação alimentar e nutricional; (v) à articulação com a vigilância sanitária para a regulação da qualidade dos alimentos processados e o apoio à produção de alimentos advinda da agricultura familiar, dos assentamentos da reforma agrária e de comunidades tradicionais, integradas à dinâmica da produção de alimentos do país.

5 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Em observância aos princípios do SUS, os gestores de saúde nas três esferas, de forma articulada e dando cumprimento às suas atribuições comuns e específicas, atuarão no sentido de viabilizar o alcance do propósito desta PNAN.

5.1 Responsabilidades do Ministério da Saúde

• Elaborar o plano de ação dentro dos instrumentos de planejamento e gestão para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano Nacional de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Pactuar, na Comissão Intergestores Tripartite, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN;

• Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios.

• Avaliar e monitorar as metas nacionais de alimentação e nutrição para o setor saúde, de acordo com a situação epidemiológica e nutricional e as especificidades regionais;

• Prestar assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;

• Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal de Saúde, para capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no SUS;

• Prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios na implantação dos sistemas de informação dos programas de alimentação e nutrição e de outros sistemas de informação em saúde que contenham indicadores de alimentação e nutrição;

• Apoiar a organização de uma rede de Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, fomentando o conhecimento e a construção de evidências no campo da alimentação e nutrição para o SUS;

• Apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, mantendo atualizada uma agenda de prioridades de pesquisa em Alimentação e Nutrição para o SUS;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com SISAN;

• Estimular e apoiar o processo de discussão sobre as ações e programas em Alimentação e Nutrição da rede de atenção à saúde, com participação dos setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social, em especial, na CIAN do Conselho Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional do povo brasileiro.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

5.2 Responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal

• Implementara PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades regionais e locais;

• Pactuar na Comissão Intergestores Bipartite e nas Comissões Intergestores Regionais, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN;

• Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano Estadual de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde no âmbito estadual;

• Prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regionais de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição;

• Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no âmbito estadual, respeitando as diversidades locais e consoantes à PNAN;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera estadual;

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população da região e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional.

5.3 Responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal

• Implementar a PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais, considerando critérios de risco e vulnerabilidade;

• Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN nos municípios, com definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas, de forma contínua e articulada com o Plano Municipal de Saúde e o planejamento regional integrado, se for o caso, e com os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;

• Pactuar, monitorar e avaliar os indicadores de alimentação e nutrição e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde;

• Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na esfera municipal e/ou das regionais de saúde;

• Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde e demais instâncias de controle social existentes no município;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera municipal.

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população dos municípios e do Distrito Federal e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatria. [online]. v .22, supl. 2, 2000, p. 28- 31. Acesso em: fev. 2011.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 011, de 31 de outubro de 1991. Institui as Comissões Intersetoriais Nacionais, integrantes do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 1 nov. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 272/MS/SNVS, de 8 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 23 abr. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63 de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Enteral. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jul. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 18 set. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 373, de 14 de junho de 2007. Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Alimentação – CIAN. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 15 jun. 2007.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Brasília: Fiocruz, 2008a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate nº 9. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008b.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Chamada Nutricional da Região Norte – 2007: resumo executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 307 de 17 de setembro de 2009 (Republicada em 26.05.10). Estabelece Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença Celíaca. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 79-81, 18 set. 2009e.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 64 de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 5 fev. 2010a

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1 p.6, 26 ago. 2010b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1 p. 89, 31 dez. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN 10 anos. Brasília, 2010d.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Tradução Livre da Declaração de Nyélény. Foro Mundial pela Soberania Alimentar, Nyélény, Selingue, Mali, 28 de fevereiro de 2007. In: CONSEA. Manual orientador da 4ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.1-3, 29 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48, 24 out. 2011c.

Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 380, de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 10 jan. 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2002-2003. Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2002-2003. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2008-2009. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43.

PEREIRA, M. P. B; BARCELLOS, C. O Território no Programa Saúde da Família. Hygeia - Rev. Bras. de Geografia Médica e da Saúde, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. Rev. bras. alerg. imunopatol. – Vol. 31, Nº 2, 2008.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Estratégia global para a alimentação do bebê e da criança pequena. Resolution WHA A55.15, Geneva, 16 abr. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde. 57ª Assembléia Mundial de Saúde, 25 maio 2004.

GLOSSÁRIO

Acolhimento: prática de receber, escutar, dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito às pessoas, atitude de inclusão, que deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Alergia Alimentar: reações adversas a alimentos, dependentes de mecanismos imunológicos, mediadas por Imunoglobulina E (IgE) ou não. Os alimentos mais comumente envolvidos em alergias alimentares são leite de vaca, ovo de galinha, soja, trigo, amendoim, peixe e crustáceos.

Alimentação adequada e saudável: prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Deve estar de acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis; com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

Alimentos para fins especiais: alimentos especialmente formulados ou processados, nos quais se introduzem modificações no conteúdo de nutrientes adequados à utilização em dietas diferenciadas e ou opcionais, atendendo necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas.

Atenção básica à saúde: conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

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

Atenção integral à saúde: conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, orientadas pelas necessidades da população, e que incluem a atitude do profissional no encontro com os usuários, a organização dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas capazes de incidir sobre os determinantes sociais de saúde.

Atenção nutricional: compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

Avaliação nutricional: análise de indicadores diretos (clínicos, bioquímicos, antropométricos) e indiretos (consumo alimentar, renda e disponibilidade de alimentos, entre outros) que têm como conclusão o diagnóstico nutricional do indivíduo ou de uma população.

Codex Alimentarius: comissão que tem por finalidade discutir e elaborar normas alimentares, regulamentos e outros textos relacionados à proteção da saúde do consumidor, assegurar práticas de comércio claras e promover a coordenação das normas alimentares cosntruídas por organizações governamentais e não-governamentais.

Coordenação do cuidado: Atuação como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em quaisquer desses pontos, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também outras estruturas públicas, comunitárias e sociais necessárias para o cuidado integral à saúde.

Cuidados relativos à alimentação e nutrição: compreendem o diagnóstico e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, educação alimentar e nutricional, orientação alimentar, prescrição dietética, fornecimento de alimentos para fins especiais, oferta da alimentação em nível hospitalar e suporte nutricional enteral e parenteral.

Diagnóstico nutricional: identificação e determinação do estado nutricional, com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtido a partir da avaliação nutricional de indivíduos ou coletividades.

Direito humano à alimentação adequada: direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.

Diretrizes clínicas: recomendações que orientam decisões assistenciais de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/ Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.

Doença Celíaca: doença de caráter crônico causada pela intolerância permanente ao glúten, principal fração proteica presente no trigo, no centeio, na cevada e na aveia, que se expressa por enteropatia mediada por linfócitos T em indivíduos geneticamente predispostos, gerando uma redução na absorção dos nutrientes ingeridos

Equipe de referência: equipe de profissionais da atenção básica responsável pela população adscrita de um determinado território. A proposta de equipe de referência na atenção básica à saúde parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais. Prioriza a construção de objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida. Assim, uma das funções importantes da coordenação (gerência) de uma equipe de referência é justamente produzir interação positiva entre os profissionais em busca das finalidades comuns, apesar das diferenças entre eles, sem tentar eliminar essas diferenças, mas aproveitando a riqueza que elas proporcionam.

Equipe de apoio matricial: conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, apoio especializado às equipes de referência nas dimensões assistencial (ação direta com os usuários) e técnico-pedagógico (ação de apoio educativo com e para a equipe). Para tanto, deve ocorrer a compreensão do que é conhecimento nuclear dos profissionais de apoio matricial e do que é conhecimento comum e compartilhável junto às equipes de referência.

Erros inatos do metabolismo: grupo de doenças geneticamente determinadas, decorrentes de deficiência em alguma via metabólica que está envolvida na síntese (anabolismo), transporte ou na degradação (catabolismo) de uma substância. O “Teste do Pezinho”, exame obrigatório do Programa de Triagem Neonatal, detecta as doenças de maior incidência como fenilcetonúria, hipotiroidismo congênito, anemia falciforme, hemoglobinopatias e fibrose cística.

Humanização: valorização dos diferentes sujeitos pertencentes ao processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Intersetorialidade: articulação entre diferentes setores para enfrentar problemas complexos visando à superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas.

Intolerância Alimentar: reações adversas a alimentos não dependentes de mecanismos imunológicos (não imuno-mediadas). Pode ocorrer pela ausência de enzimas digestivas. Por exemplo, a não produção da enzima lactase, responsável pela digestão da lactose presente no leite, pode causar intolerância a este alimento e seus derivados e a preparações que os tenham como ingredientes.

Linhas de cuidado: forma de articulação dos recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de Linhas de Cuidado (LC) deve ser a partir das unidades da Atenção Básica, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.

Mercado Comum do Sul - Mercosul: é uma área de livre circulação de bens com uma taxa comercial padronizada para um grupo de países. Há uma política comercial comum de países da América do Sul. Composta até o momento por quatro países: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Necessidades Alimentares Especiais: Em todas as fases do curso da vida ocorrem alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares dos indivíduos, assim como um infinito número de patologias e agravos à saúde também podem causar mudanças nas necessidades alimentares. As Necessidades Alimentares Especiais estão aqui referidas como as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). Exemplos: erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/AIDS, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias, etc.

Nutrição Enteral: alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Nutrição Parenteral: solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Pontos de Atenção à Saúde: são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Exemplos: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Povos e Comunidades Tradicionais: de acordo com o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, são grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. Incluem os indígenas, quilombolas, faxinais, fundos de pasto, geraizeiros, pantaneiros, caiçaras, ribeirinhos, seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco de babaçu, ciganos, comunidades de terreiros, pomeranos, sertanejos, agroextrativistas, vazanteiros, pescadores artesanais.

Prescrição Dietética: atividade privativa do nutricionista que envolve o planejamento dietético com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional, que compõe a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde em âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. Esse procedimento deve ser acompanhado de assinatura e número da inscrição no CRN do nutricionista responsável pela prescrição.

Rede de Atenção à Saúde: é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza- se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da AB como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Segurança alimentar e nutricional: de acordo com a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN): sistema público de abrangência nacional que possibilita a gestão Intersetorial e participativa e a articulação entre os entes federados para a implementação das políticas públicas promotoras da segurança alimentar e nutricional, numa perspectiva de complementaridade de cada setor. É integrado por uma série de órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS): compreende o conjunto de ações, definidas na Lei nº 8080/1990, executado por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

Soberania Alimentar: De acordo com a Declaração de Nyélény (2007), “é um direito dos povos a alimentos nutritivos e culturalmente adequados, acessíveis, produzidos de forma sustentável e ecológica, e seu direito de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo. Isso coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências dos mercados e das empresas. (...) A soberania alimentar promove o comércio transparente, que garanta uma renda digna para todos os povos, e os direitos dos consumidores de controlarem sua própria alimentação e nutrição. Garante que os direitos de acesso e a gestão da terra, territórios, águas, sementes, animais e a biodiversidade estejam nas mãos daqueles que produzem os alimentos. A soberania alimentar supõe novas relações sociais livres de opressão e desigualdades entre homens e mulheres, grupos raciais, classes sociais e gerações”.

Suplementos Nutricionais: alimentos que servem para complementar, com calorias e ou nutrientes a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requiser suplementação.

Suplementos Vitamínicos e/ou Minerais: alimentos que servem para complementar, com outros nutrientes, a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requiser suplementação; devem conter um mínimo de 25% e no máximo 100% da ingestão diária recomendada (IDR) de vitaminas e/ou minerais, na porção diária indicada pelo fabricante, não podendo substituir os alimentos, nem serem considerados como dieta exclusiva.

Terapia nutricional: conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

Territorialização: processo de demarcação das áreas de atuação dos serviços de saúde; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; e de identificação e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e equipamentos sociais do território.

Transtornos alimentares: desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Incluem: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Ortorexia, Vigorexia, Transtorno Obsessivo Compulsivo por alimentos, entre outros.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Vigilância alimentar e nutricional: consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

COLABORADORES

Colaboradores	Instituições*
Alexandre Soares de Brito	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Beatriz Vasconcellos	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Carolina Feldenheimer	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Maria Cavalcante de Lima	CGAN/DAB/SAS/MS
Aristel Gomes Bordini Fagundes	CGPO/SE/MS
Carlos Augusto Monteiro	Consultor
Carolina Belomo de Souza	CGAN/DAB/SAS/MS
Célio Luiz Cunha	CGAN/DAB/SAS/MS
Cora Araújo	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPEL
Denise Cavalcante de Barros	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ
Denise Eduardo Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Denise Oliveira e Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ
Dillian Adelaine Cesar da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Dirceu Ditmar Klitzke	CGAN/DAB/SAS/MS
Edite Schutz	CGAN/DAB/SAS/MS
Eduardo Alves Melo	CGGAB/DAB/SAS/MS
Eduardo Augusto Fernandes Nilson	CGAN/DAB/SAS/MS
Élida Amorim Valentim	CGAN/DAB/SAS/MS
Elisabetta Recine	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Estelamaris Monego	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFG
Gilson Carvalho	Consultor
Gisele Bortolini	CGAN/DAB/SAS/MS
Helen Altoé Duar	CGAN/DAB/SAS/MS
Inês Rugani	Grupo de Trabalho Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva da ABRASCO
Ivanira Amaral Dias	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPA
Janine Coutinho	Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS
José Divino Lopes Filho	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFMG
José Eudes Barroso Vieira	CGAN/DAB/SAS/MS

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Juliana Amorim Ubarana	CGAN/DAB/SAS/MS
Juliana Rochet	Consultora
Karla Lisboa Ramos	CGAN/DAB/SAS/MS
Kathleen Sousa Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Kelly Poliany de Souza Alves	CGAN/DAB/SAS/MS
Letícia de Oliveira Cardoso	Consultora
Luciene Burlandy	Consultor
Luis Fernando Rolim Sampaio	Consultor
Márcia Fidélix	Assossiação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Maria da Conceição Monteiro da Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFBA
Maria Teresa Gomes de Oliveira Ribas	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Mariana Carvalho Pinheiro	CGAN/DAB/SAS/MS
Marília Leão	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Michele Lessa de Oliveira	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Nildes de Oliveira Andrade	Conselho Nacional de Saúde
Patrícia Chaves Gentil	CGAN/DAB/SAS/MS
Patrícia Constante Jaime	Centro de Referência em Alimentação e Nutrição – USP
Paula Jeane Araújo	CGAN/DAB/SAS/MS
Pedro Israel Cabral de Lira	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPE
Regina Maria Ferreira Lang	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPR
Regina Miranda	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Rosane Nascimento	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Sara Araújo da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Silvia Ângela Gugelmin	Consultor
Sônia Lucena	Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Vanessa de C. Figueiredo	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Vanessa Schottz Rodrigues	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Vanessa Thomaz Franco	CGAN/DAB/SAS/MS

ANEXO 2 DO ANEXO III

DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA E ATUAÇÃO DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH) (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Anexo 1)

Definição da estrutura e atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

1. A estruturação dos Bancos de Leite Humano (BLH) no País será definida conforme as normas e orientações a seguir descritas.

a) a coordenação do processo de formulação da política pública de saúde referente a Bancos de Leite Humano, bem como a elaboração de critérios para implantação e implementação destas unidades são responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) por meio da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno;

b) para o cumprimento dessa responsabilidade, a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno contará com instâncias consultivas e assessoras, representadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), pela Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) e pelo Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH).

c) a Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) será composta por 7 (sete) membros designados pela SAS conforme os seguintes critérios:

- coordenador da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH);

- um representante da Associação Brasileira de Profissionais de Bancos de Leite Humano (ABPBLH); e

- um representante de cada Região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul), escolhido entre os coordenadores dos bancos de leite humano da região.

2. Compete ao Banco de Leite Humano:

a) promover, proteger e apoiar o aleitamento materno;

b) operacionalizar, de forma otimizada, o excedente da produção láctica de suas doadoras;

c) executar as operações de coleta, seleção e classificação, processamento, controle clínico, controle de qualidade e distribuição do Leite Humano Ordenhado (LHO), em conformidade com os dispositivos legais vigentes;

d) responder pelo funcionamento dos Postos de Coleta a ele vinculados;

e) buscar a certificação da qualidade dos produtos e processos sob sua responsabilidade; e

f) a licença para funcionamento do Banco de Leite Humano condiciona-se à designação de um coordenador local de nível superior.

3. Compete à FIOCRUZ:

a) manter o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano como instância responsável pela retroalimentação técnico-científica das ações relacionadas a Bancos de Leite Humano em todo o território nacional;

b) manter a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano como instância de articulação com o SUS para implantação e implementação das ações estratégicas definidas na política nacional de saúde para o setor;

4. Compete à Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH):

a) assessorar a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS na formulação, controle e avaliação da política relativa aos Bancos de Leite Humano, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros;

b) discutir diretrizes, identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos;

c) assessorar o monitoramento das atividades, participar do redirecionamento de estratégias, apoiar o processo de articulação, mobilizando e sensibilizando setores do Governo e da sociedade civil para o desenvolvimento de ações inerentes ao tema; e

d) propor medidas sobre assuntos a ela submetidos pela SAS e pelos membros da Comissão.

5. O Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH) é o Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, órgão de pesquisa e instância assessora e executora das ações planejadas para os bancos de leite humano pela Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS.

6. Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) designar as Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano (CEBLH) e os Centros de Referência Estaduais em Banco de Leite Humano (CRE-BLH), vinculando-os à área competente que coordena as ações de aleitamento materno no seu âmbito respectivo.

7. As Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano terão por finalidade prestar assessoramento à área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde no planejamento, no controle e na avaliação das ações de Bancos de Leite Humano.

8. Os Centros de Referência Estaduais de Bancos de Leite Humano são órgãos de pesquisa e instâncias executoras das ações planejadas pela área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde.

ANEXO 3 do Anexo III
DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO À OBESIDADE INFANTIL

Art. 1º Fica instituída a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil, com objetivo geral de deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 2º São objetivos específicos da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

I - apoiar, fortalecer e articular as iniciativas de prevenção e atenção à obesidade infantil nos estados, municípios e Distrito Federal; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

II - propor e aprimorar ações baseadas em evidências científicas para a prevenção, a atenção e o cuidado voltados à obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

III - fortalecer a atuação intersetorial integrada, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

IV - contribuir com a organização e implementação de ações efetivas e inovadoras para a prevenção e atenção à obesidade infantil voltadas a indivíduos, famílias e comunidades; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

V - qualificar a atenção e o cuidado às crianças com sobrepeso e obesidade no escopo da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

VI - fomentar a pesquisa, a produção e a divulgação de conhecimento acerca da realidade das intervenções custo-efetivas para a prevenção e atenção à obesidade infantil; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VII - articular os esforços entre os governos federal, estadual, do Distrito Federal e municipal em prol da valorização, do apoio e do fortalecimento das ações voltadas à prevenção e atenção à obesidade infantil. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 3º São princípios da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

I - a garantia do direito universal e integral à saúde materna e infantil; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

II - a garantia da proteção aos direitos das crianças; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

III - a observância dos determinantes sociais e a natureza interdisciplinar e intersetorial das ações voltadas à prevenção e atenção à obesidade infantil. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 4º São eixos de ação para a implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

I - vigilância alimentar e nutricional, promoção da saúde e de prevenção do ganho excessivo de peso, diagnóstico precoce e cuidado adequado às crianças, adolescentes e gestantes, no âmbito da Atenção Primária da Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

II - promoção da saúde nas escolas para torná-las espaços que promovam o consumo de alimentos adequados e saudáveis e a prática regular de atividade física; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

III - educação, comunicação e informação para promover a alimentação saudável e a prática de atividade física para toda a população brasileira; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

IV - formação e educação permanente dos profissionais envolvidos no cuidado às crianças; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

V - articulações intersetoriais e de caráter comunitário que promovam ambientes saudáveis e apoiem a alimentação saudável e a prática de atividade física no âmbito das cidades. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Parágrafo único. O detalhamento das ações será apresentado em manuais e instrutivos da Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade infantil publicados pelo Ministério da Saúde e disponibilizados no endereço eletrônico "aps.saude.gov.br". (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 5º A Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil poderá ser implementada por todos os estados, Distrito Federal e municípios, a qualquer tempo e sem necessidade de adesão, mediante a atuação nos eixos apresentados no art. 4º. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Parágrafo único: A implementação, o monitoramento e a avaliação da Estratégia nos municípios será apoiada pelo Ministério da Saúde e Estados, por meio de publicação de manuais e instrutivos, instituição de processos formativos de educação permanente e outras estratégias pactuadas entre os entes. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 6º Poderá ser instituído, a qualquer tempo, incentivo financeiro de apoio aos municípios, com vistas a apoiar a implementação das ações previstas na Estratégia. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

§ 1º A habilitação ao recebimento do incentivo financeiro será feita mediante adesão. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

§ 2º As regras para adesão ao incentivo financeiro deverão ser publicadas em ato normativo posterior. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

§ 3º O incentivo financeiro de que trata o caput será transferido na modalidade fundo a fundo, pelo Fundo Nacional de Saúde aos respectivos fundos de saúde do Município ou do Distrito Federal, observada a legislação aplicável. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 7º A Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil será monitorada por meio dos seguintes indicadores dos Sistemas de Informação da Atenção Primária: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

I - número de crianças com estado nutricional (peso e altura) avaliado; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

II - número de crianças com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

III - número de atendimentos individuais para problema ou condição avaliada obesidade em crianças; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

IV - prevalência de crianças com obesidade. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Parágrafo único. A Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Promoção à Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CGAN/DEPROS/SAPS/MS) é a área responsável pela coordenação e monitoramento da Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Art. 8º A Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil poderá ser revisada a qualquer tempo, considerando as evidências científicas efetivas para reversão do cenário epidemiológico de obesidade infantil. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

Parágrafo único. Qualquer atualização e/ou revisão da Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil deverá ser publicada em ato normativo específico editado pelo Ministro de Estado da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.862 de 10.08.2021)

ANEXO IV

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Origem: PRT MS/GM 1102/2010)

Art. 1º Fica instituída a Comissão Técnica e Multidisciplinar de elaboração e atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais (Renaplam) e da Relação Nacional de Fitoterápicos (Renafito) (COMAFITO), a ser coordenada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e integrada por um representante de cada um dos seguintes órgãos, entidades e instituições, com total de 14 (quatorze) membros: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I)

a) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, a)

b) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, b)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

c) Departamento de Ciência e Tecnologia ; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, c)

d) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, d)

e) Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, e)

f) Fundação Oswaldo Cruz; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, f)

g) Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, g)

h) Farmacopéia Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, h)

II - sociedade científica (1 representante); e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, II)

III - universidades (5 representantes) (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, III)

Art. 2º A natureza, as competências, a composição e o funcionamento da Comissão de que trata o art. 1º serão definidos em regimento interno a ser aprovado por ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 2º)

Art. 3º A Secretaria Executiva da COMAFITO será exercida por representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que terá a função de organizar as atividades administrativas e de encaminhar outros assuntos de rotina que não necessitem da convocação de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º)

Parágrafo Único. A coordenação da COMAFITO deve ser exercida pelo coordenador da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE). (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º, Parágrafo Único)

ANEXO V

Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (Origem: PRT MS/GM 2761/2013)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Art. 2º A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 2º)

Art. 3º A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º)

I - diálogo; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, I)

II - amorosidade; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, II)

III - problematização; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, III)

IV - construção compartilhada do conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, IV)

V - emancipação; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, V)

VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, VI)

§ 1º Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 5º)

§ 6º O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 6º)

Art. 4º São eixos estratégicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º)

I - participação, controle social e gestão participativa; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, I)

II - formação, comunicação e produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, II)

III - cuidado em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, III)

IV - intersetorialidade e diálogos multiculturais. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, IV)

§ 1º O eixo estratégico da participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 3º)

§ 4º O eixo estratégico da intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 4º)

Art. 5º A PNEPS-SUS tem como objetivo geral implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 5º)

Art. 6º São objetivos específicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º)

I - promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, I)

II - fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, II)

III - reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, III)

IV - fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IV)

V - incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, V)

VI - apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VI)

VII - contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas políticas públicas referenciadas na Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VIII)

IX - apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IX)

X - contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, X)

XI - assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º)

I - implementar as ações da PNEPS-SUS, incorporando-as no Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas no âmbito do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS); (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, II)

III - garantir financiamento para implementação integral da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, III)

IV - promover a articulação intrasetorial permanente para a implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, IV)

V - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, V)

VI - apoiar tecnicamente as Secretarias Estaduais de Saúde na implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, VI)

Art. 8º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Estadual e Plurianual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, II)

III - apoiar tecnicamente as secretarias municipais de saúde na implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, III)

IV - garantir financiamento complementar aos municípios para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, VI)

Art. 9º Compete às secretarias municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Municipal Plurianual de Saúde, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer e implementar estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

(Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, II)

III - implementar o Plano Operativo da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, III)

IV - garantir financiamento solidário para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, VI)

Art. 10. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete as atribuições reservadas às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 10)

Art. 11. Compete às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regional (CIR) avaliar e aprovar os Planos Operativos da Educação Popular em Saúde, considerando as especificidades locais e a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 11)

Art. 12. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articulará, no âmbito do Ministério da Saúde a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 12)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Art. 13. Fica instituído o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º)

I - participar da formulação, bem como acompanhar a implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, I)

II - colaborar com a elaboração de estratégias de mobilização, a fim de garantir a construção democrática e descentralizada da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, II)

III - acompanhar os acordos negociados entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais referentes às práticas de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, III)

IV - apoiar os movimentos, as entidades e instituições com vistas ao desenvolvimento da Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IV)

V - contribuir para o fortalecimento da luta pelo direito à saúde e em defesa do SUS, por meio da participação popular, identificando, divulgando e promovendo novos canais de participação popular e controle social, assim como colaborando com os já instituídos conselhos e conferências; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, V)

VI - participar e colaborar com as iniciativas do Ministério da Saúde que visem à incorporação da Educação Popular em Saúde como prática democrática na construção de políticas públicas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VI)

VII - apoiar e colaborar com a implementação do Programa Nacional de Inclusão Digital (PID) e com os processos de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VII)

VIII - contribuir, por meio dos princípios da Educação Popular em Saúde, com a construção das bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde desenvolvidas no SUS, fortalecendo a autonomia da população e a relação fraterna e solidária entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VIII)

IX - contribuir com as ações de extensão universitária, pesquisa e ensino das instituições e dos centros de ensino (universidades, faculdades, escolas técnicas, entre outras), que tenham a Educação Popular em Saúde como princípio ético na formação dos profissionais e educadores articulados com a realidade da população, em função da importância das práticas populares de saúde e da participação popular para a efetivação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IX)

Art. 14. O Comitê será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos, entidades e organizações não governamentais a seguir indicados: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I)

a) 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo um deles o Coordenador do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, a)

b) 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, b)

c) 2 (dois) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, c)

d) 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, e)

f) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, f)

II - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante da Agência Nacional de Saúde (ANS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, V)

VI - 2 (dois) representantes da Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante da Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VIII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IX - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), por meio de seu Grupo de Trabalho de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IX)

X - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Movimento Popular de Saúde (MOPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIII)

XIV - 1 (uma) representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIV)

XV - 1 (um) representante da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Central de Movimentos Populares (CMP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVI)

XVII - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVII)

XVIII - 1 (um) representante do segmento das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 3075/2010)

XIX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIX)

XX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XX)

XXI - 1 (um) representante do Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XXI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3075/2010)

Parágrafo Único. Os membros, titulares e suplentes, do Comitê deverão ser indicados respectivamente, pelos órgãos, entidades e organizações não governamentais à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, que os designará por meio de ato do seu titular. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 15. Caberá à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde, apoiar, técnica e administrativamente o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 3º)

Art. 16. O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao objeto deste Capítulo, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 4º)

Art. 17. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 5º)

Art. 18. O CNEPS elaborará, em sua primeira reunião, proposta de cronograma de trabalho e agenda de atividades a ser submetida à SGEP, bem como constituirá uma comissão para elaborar proposta de regimento interno a ser aprovado pelos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 6º)

Art. 19. O CNEPS reunirá, ordinariamente, 2 (duas) vezes ao ano e, extraordinariamente, quando se fizer necessário, observada a disponibilidade orçamentária e financeira. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 7º)

ANEXO VI

Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública (Origem: PRT MS/GM 149/2016)

Art. 1º Ficam aprovadas as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde quanto à gestão, planejamento, uniformização, monitoramento e avaliação no que se refere ao acolhimento, diagnóstico, tratamento e cura, prevenção de incapacidades e organização do serviço. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase visam ao fortalecimento das ações de vigilância e atenção da hanseníase, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde, com base na comunicação, educação e mobilização social. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 2º)

Art. 3º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública estarão elencadas no Manual Técnico Operacional disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 3º)

ANEXO VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001)

Art. 1º Fica instituída, na forma do Anexo 1 do Anexo VII , a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política de que trata este artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 2º)

ANEXO 1 do ANEXO VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

I. INTRODUÇÃO

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

A presente Política Nacional, instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS, entre outros).

Assim delimitada, esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Os acidentes e as violências resultam de lições ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com conseqüências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde.

De outra parte, acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, conto o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão. Esta Política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID. (OMS, 1985 e OMS, 1995) - sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.

Ao incorporar os dois temas como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação – com os outros setores e com a sociedade civil - na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação,

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos-registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1996 e 1997, os acidentes e as violências foram responsáveis por aproximadamente, 120 mil óbitos anuais.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios – estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais - são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). Assinale-se que, na população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa etária por projétil de arma de fogo. A população masculina, além de armas de fogo (SIM/MS - 1997), está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas.

A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas. Nas áreas rurais, entretanto, o fenômeno está também presente, embora a sua gênese e as suas manifestações sejam diversas e pouco investigadas. Nelas são geradas mortes em conflitos pela terra, em áreas de garimpo, na rota do narcotráfico, ao lado do aliciamento e da exploração de crianças e adolescentes para a prostituição e o trabalho escravo. São também consideráveis as vítimas de intoxicações por agrotóxicos e de envenenamentos por animais peçonhentos.

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (Reichenheim e Werneck, 1994; Iunes, 1997; Vermelho, 1994).

Menos freqüentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à autoagressão, como o suicídio e as tentativas não consumadas. Apesar da subnotificação, vem sendo observado um aumento dos casos: a taxa de suicídio aumentou 34%, entre 1979 a 1997. Em 1997, 6.920 pessoas cometeram suicídio. A população masculina jovem - de 0 a 24 anos - é o grupo que se encontra maior risco para tal violência.

No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, seja regional ou mesmo local. Dados das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH – mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por essas causas, somente nos hospitais ligados ao SUS. A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também; como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade (Lebrão e cols., 1997).

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral. Em 1997, o total desses gastos correspondeu a R$ 232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Embora se saiba que esses valores estão bastante subestimados, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações (lunes, 1997).

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortes, quanto de feridos. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), da Fundação Nacional de Saúde, revelam que, em 1996, 35.545 pessoas morreram em conseqüência de acidentes de transporte. No ano de 1996, esses acidentes corresponderam a cerca de 30% do total de causas externas. A taxa de mortalidade - 22,6 por 100.000 habitantes - foi 40% maior do que a de 1977.

O adulto jovem apresenta-se como vítima importante, fato que evidencia não só um dano social, mas perdas na população economicamente ativa (Mello Jorge e Latorre, 1994; Mello Jorge e cols., 1997). O Departamento Nacional de Estradas e Rodagens - DNER cita que, somente nas estradas federais do País, em 1995, ocorreram 95.514 acidentes, com 63.309 pessoas envolvidas, entre feridos e mortos, dos quais cerca de 56% tinham menos de 33 anos de idade

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

(MT, 1996). As crianças em idade escolar e os idosos são grupos também especialmente vulneráveis aos atropelamentos.

O novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998, por meio da Lei N.° 9.503, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. Uma de suas características é o expressivo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, por conseguinte, um instrumento apenas punitivo. A sua implantação configura, assim, o mecanismo legal e eficaz para a diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículos e via pública.

O retardamento da implantação completa do CTB e a precária fiscalização na aplicação das leis já implantadas comprometem os resultados esperados de redução da violência no trânsito. A sensibilização da sociedade quanto à relevância do Código é fundamental. A implantação efetiva do CTB requer, por outro lado, a superação do atraso tecnológico nas questões do trânsito brasileiro, como a baixa confiabilidade das estatísticas referentes à frota das pessoas habilitadas, bem como em relação às vítimas e às ocorrências de acidentes de trânsito: o precário controle de tráfego, inspeção e segurança veicular; a desagregação de normas e procedimentos relativos à engenharia de trânsito; a fiscalização inadequada; e o treinamento ultrapassado para a habilitação de novos condutores, além da capacitação técnica de recursos humanos. Acrescente-se a isso o insuficiente conhecimento acerca desses eventos e vítimas, visto que os dados de atendimentos em prontos socorros, por exemplo, não estão abrangidos nas estatísticas oficiais.

Em relação aos acidentes e às violências, são várias as fontes a partir das quais se pode investigar, cada uma constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geram. Além disso, sofrem diretamente as influências das limitações características dos sistemas de notificação, às vezes difíceis de serem compatibilizados. Desse modo, os resultados das investigações são divergentes, dependendo da fonte consultada ocasionando distorções e erros interpretativos (Mello Jorge, 1990; Souza e cols., 1996).

As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são do Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinatox).

O BO, instrumento utilizado nas Delegacias de Polícia nos níveis estadual e municipal, é uma fonte que pode ser complementada pelo Boletim de Ocorrência gerado pela Polícia Militar. Não é padronizado em nível nacional e, em geral, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia.

Por intermédio das Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito os Detran estaduais, os Departamentos de Estrada nos três níveis de governo e os órgãos executivos municipais coletam os dados relativos aos acidentes ocorridos nas vias sob a sua jurisdição, utilizando documentos distintos que identificam veículos, condutores, passageiros, pedestres e condições das vias. Esses dados são sintetizados pelo DENATRAN, que recebe as informações de acidentes de trânsito registrados pelos Detran e pela Polícia Rodoviária Federal, mediante o Sistema Nacional de Acidentes de Trânsito (SINET/DENATRAN). Entretanto, não existe articulação eficiente entre os níveis federal, estadual e municipal desse Sistema além do que seus dados não são analisados nem retroalimentam adequadamente tal sistema.

A CAT por sua vez, é o instrumento de notificação utilizado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS - para fins de concessão de benefícios. Dada a sua ampla aplicação em todo o Território Nacional, constitui-se na principal fonte de informação para o estudo da morbimortalidade ocupacional. Além do reconhecido sub-registro, essa fonte exclui os autônomos, os empregados domésticos, os vinculados a outros sistemas previdenciários e os sem carteira assinada. Tais limitações, particularmente considerando a grande parcela de trabalhadores inseridos no setor informal da economia, dificultam a conformação do perfil epidemiológico da população trabalhadora do País. A partir desses registros, verificou-se, no ano de 1996, que 90% dos acidentes notificados ocorreram nas regiões Sudeste e Sul, dos quais a metade no setor industrial; destes cerca de 60% referem-se ao grupo etário de 18 a 35 anos de idade. Entre os trabalhadores do sexo masculino, o principal ramo gerador de acidentes é a construção civil.

Nos acidentes ampliados - incêndios, explosões e vazamentos envolvendo produtos químicos perigosos -, embora conhecidos pelo seu impacto nas comunidades e no meio ambiente, 90% das vítimas imediatas são os próprios trabalhadores. Algumas vezes, resultam em verdadeiras catástrofes, provocando dezenas, centenas ou milhares de mortes em um único evento. São exemplos desses acidentes o de Vila Socô, em Santos, 500 óbitos aproximadamente, e o da Plataforma de Enchova, no Rio de Janeiro, em 1984 - 10 óbitos -, além de eventos recentes, como o do shopping de Guarulhos, São Paulo, que provocou dezenas de mortes.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, engloba em torno de 80% da assistência hospitalar do País e sua massa de dados diz respeito a cerca de 13 milhões de internações/ano. Nesse aspecto, é importante salientar que, até 1997, estão sendo os dados de acidentes e de violências eram os relativos somente à natureza da lesão que levou à internação, sem qualquer esclarecimento quanto ao seu agente causador. A partir de 1998, em decorrência da Portaria Ministerial N.º 142, de 13 de novembro de 1997, estão sendo codificados também os tipos de causas externas geradoras das lesões que ocasionaram a internação. Assinale-se que não existem sistemas de informação epidemiológica relacionados aos atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios, e que contemplam estudos mais apurados relativos a acidentes e a violências.

Implantado no País em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) - é gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. Embora abranja, atualmente, mais de 900 mil óbitos/ano, a sua cobertura não é ainda completa em algumas áreas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à qualidade das informações relativas a acidentes e a violências, algumas deixam a desejar. Os dados, nesse contexto, têm origem nas Declarações de Óbitos - DO - preenchidas nos Institutos de Medicina Legal. A qualidade das informações é ainda discutível, na medida em que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito. Nesses casos, sabe-se apenas que se trata de uma morte decorrente de causas externas. Tal ocorrência vem sendo verificada em cerca de 10% do total de mortes por acidentes e violências no País, alcançando em algumas áreas, valores bem mais elevados. Em determinadas localidades, essa distorção tem sido sanada ou minimizada com o auxílio de informações de outras fontes, tais como consultas ao prontuário hospitalar, latidos de necropsia ou utilização de noticiários de jornais.

Já o Sistemas Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sintox) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1980, tendo por base experiências pioneiras e bem sucedidas em locais como o Centro de Controle de Intoxicações dos Hospitais Menino de Jesus em São Paulo e João XXIII, em Belo Horizonte, ambas em 1972. A criação do Sinitox originou-se da necessidade de se criar um sistema abrangente de alcance nacional, capaz de fornecer dados precisos sobre medicamentos e demais agentes tóxicos existentes às autoridades, aos profissionais de saúde e as áreas afins, bem como à população em geral. Em 1997, esse Sistema estava formado por uma rede de 31 Centros de Controle de Intoxicações em 16 estados. Um total de 50.264 casos de intoxicação humana foram registrados no Brasil, em 1995. Embora seja um sistema de referência para a América Latina, é importante reconhecer que o Sinitox ainda padece de importante subnotificação, causada, em parte, pela não obrigatoriedade do registro e pela não uniformidade dos dados em relação ocorrências.

Em função do crescimento dos acidentes e das violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos - principalmente no que se refere à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles -, somente nos últimos anos é que têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos.

De outra parte, é consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, que precedem a porta do hospital ou, até mesmo, o acionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A partir da

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

ocorrência do evento, no entanto, o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido de maneira importante na minimização da morbimortalidade por tais eventos. A literatura publicada nos anos 80 nos Estados Unidos e em vários países da Comunidade Européia apresenta evidências de que a percentagem de mortes evitáveis sofreu uma redução da ordem de 50% ou mais, a partir da implantação de sistemas de atendimento ao traumatizado.

No Brasil da década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, particularmente de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), levou alguns estados a criarem seus serviços dissociados de uma linha mestra e de uma normalização típica de planejamento, instalação e operacionalização, respeitadas as diferenças regionais, surgindo, assim, um verdadeiro mosaico de modelos, a maioria deles com deficiências técnicas importantes, tanto no setor público, quanto privado.

O desenvolvimento de APH teve início no Estado do Rio de Janeiro. Desde então, diversos grupos foram criados, os quais sensibilizaram os governos locais, levando ao surgimento de alguns serviços de atendimento pré-hospitalar (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará). Alguns outros estados estão dando início ao processo de implantação, principalmente por conta do projeto de Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus), que visa, entre outros, à melhoria e à capacitação dos serviços de atendimento de emergência no País.

O sistema de APH tem a finalidade de atender vítimas em situação de urgência e emergência, antes da sua chegada ao hospital. No Brasil, existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone n.° 192, desenvolvido e operacionalizado pelo governo municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos Bombeiros. Em algumas cidades, ambos têm a presença do profissional médico. Os dois sistemas funcionam a partir de uma central de chamados, que recebe as solicitações. Dessa central emanam as ordens e apoio às diferentes ações. De acordo com as novas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, as centrais de APH deverão ampliar as suas especificações e objetivos, passando a ser denominadas de Regulação Médica.

No elenco de problemas identificados, verifica-se a falta de normalização dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A ausência de uma ficha de atendimento com informações básicas, imprescindíveis e comuns a todos os APH, tem contribuído para que ocorram graves distorções. Não existe um processo sistematizado de alimentação e retroalimentação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento às urgências, tais como saúde, segurança, educação, meteorologia, geologia, entre outros. Os boletins de ocorrência das diferentes unidades de segurança pública das três esferas governamentais são preenchidos, de maneira geral, de forma inadequada e incompleta e, o que é mais grave, sem nenhuma padronização.

Entre as dificuldades do atendimento pré-hospitalar, inclui-se a falta de orientação da população sobre como proceder diante de uma situação de emergência, o que contribui, muitas vezes, para o agravamento do estado das vítimas. Ao lado disso, a ausência de normas para a transformação veicular em ambulância, a exemplo dos sistemas americano, francês e alemão, favorece a adoção de viaturas não condizentes ao resgate e ao tratamento intensivo, como, por exemplo, o uso de veículos de passeio. A inexistência dessa padronização é verificada, também, nos insumos tecnológicos do suporte avançado de vida. É comum encontrar veículos designados como Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e de resgate que não dispõem de respiradores artificiais, bombas de infusão, monitores cardíacos, marcapasso, estojos para pequenos procedimentos cirúrgicos, materiais de imobilização e maletas de medicamentos.

Essas limitações comprometem o planejamento logístico e estratégico de atenção a situações de emergência. No que tange aos recursos humanos, não há um currículo mínimo, regulamentado pelo Ministério da Educação (MEC), para a formação de profissionais para este fim, desde o nível mais elementar ao de nível superior. Soma-se a isso a falta de estudos mais aprofundados sobre o número e a qualidade de veículos, uma vez que os índices internacionais não contemplam a peculiar situação brasileira de densidade demográfica flutuante, condição do fluxo viário urbano e dificuldade de equipamentos aéreos de atendimento a acidentados.

Diante de todos os limites e dificuldades que existem no Brasil em relação ao atendimento pré-hospitalar, vale a pena ressaltar que experiências empíricas demostram a redução do tempo de permanência hospitalar, de seqüelas e da mortalidade, desde que o APH integre uma estrutura maior de atenção a emergências, com unidades hospitalares, terapia intensiva, imaginologia e outros insumos, principalmente preventivos.

O atendimento médico-hospitalar de urgência e emergência é um segmento da saúde que muito vem exigindo de economistas e administradores especializados. Trata-se de uma vertente que, por envolver procedimentos caros, absorve parcela expressiva dos recursos financeiros da área da saúde. Exige, ao mesmo tempo, perspicácia e agilidade administrativas. Esses aspectos são universais, mas tornam-se bastante evidentes em países emergentes, sobretudo em decorrência da falta de investimento maciço na atenção básica de saúde, contribuindo para o uso inadequado das unidades de emergência.

Essa realidade, presente no dia a dia das unidades de saúde, está associada à falta de resolutibilidade no atendimento primário - que vai desde dificuldades para agendar consultas, até carência de recursos tecnológicos; são raros os municípios que integram um sistema hierarquizado e regionalizado de serviços. Como resultante, muito tempo é perdido até a chegada do paciente a uma unidade adequada para o atendimento de suas necessidades, o que contribui para o agravamento de seu estado.

Considerando as dificuldades do atendimento hospitalar e os reflexos da problemática do trânsito na sua esfera de competência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS N.º 2.329. de 9 de junho de 1998, mediante a qual instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Trata-se de um programa de recuperação dos serviços de emergência que envolve: a implantação de uma central de regulação, conforme definida na Resolução CFM N.° 1.529/98 de grande importância como observatório epidemiológico; o incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços; e a criação de unidades especializadas de urgência.

Com o crescimento da violência no Brasil, os leitos hospitalares têm se tornado ainda mais escassos. Conseqüentemente, torna-se insuficiente o número de profissionais e de leitos em unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-anestésica, bem como dos serviços de imagem. Acresce-se, ainda, o estrangulamento da capacidade operacional dos laboratórios. Esses problemas se agravam nos serviços de pediatria, neonatologia, cardiologia, ortopedia, traumatologia e atendimento a queimados, nos quais a demanda por atendimento é bem maior do que a oferta de unidades de saúde.

Em relação a recursos humanos, tanto em termos numéricos quanto de capacitação, muito há que ser feito. As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-as para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação e êxodo, ficando tais serviços, por vezes, a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente.

Sob o ponto de vista das sequelas decorrentes das lesões devidas a acidentes e a violências, quando não levam o paciente diretamente à morte, podem demandar uma internação, às vezes longa, com gastos elevados. Além disso, há a possibilidade de gerarem seqüelas permanentes e incapacidades. Dados apresentados pelas Nações Unidas estimaram que em 1991, no Brasil, em cada grupo de mil pessoais, 17 eram portadoras de seqüelas (cit. em Whitaker. I993). Entre os danos produzidos no paciente que exemplificam essa última situação, destacam-se as lesões medulares traumáticas.

Em 1997, foram atendidos nos hospitais ligados ao SUS. 6.388 pacientes com fratura de coluna vertebral, com taxa de internação mais elevada que nos anos anteriores. Quanto à localização da fratura, mais de 50% dos casos corresponderam aos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da atuação e a possível ocorrência de seqüelas (Laurenti e cols., 1998).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Um outro exemplo pode ser dado valendo-se de estudo da distribuição de pacientes atendidos, naquele mesmo ano, na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor (rede pública e de referência nacional para recuperação e reabilitação): do total de 293 pacientes, 42.2% foram vítimas de acidentes de trânsito, 24,0% de disparos de armas de fogo, 12,4% de mergulhos em águas rasas, 11,6% de quedas e 9.5% de outros tipos de acidentes e de violências. A grande maioria desses pacientes era formada por jovens, com idade entre 10 e 29 anos - 53.7% -, o que representa para o País o ônus da perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar que, em muitos casos, pode prolongar-se por toda a vida. Ao lado disso, registre-se o fato de que são poucos os centros de reabilitação; os pertencentes ao INSS estão sendo desativadas.

O impacto da deficiência pode trazer implicações para o estado funcional do indivíduo, que engloba as funções física, psíquica e social; na capacidade para reinserção; na disposição do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes; e na disponibilidade para beneficiar-se das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem diretamente na função do indivíduo, comprometendo sua independência para a realização de atividades relacionadas, ao cuidado pessoal, mobilidade, atividades ocupacionais e profissionais.

Em outras sociedades, o processo de reabilitação envolve o esforço de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, no sentido de concretizar tal etapa que seria, ao final, habilitar o paciente para o retorno ao trabalho, reintegrando-o à força produtiva da nação. Essas ações, como também a avaliação do impacto econômico e social da incapacitação física, são incomuns no Brasil, em parte porque os incapacitados físicos constituem, em grande número, vítimas da violência urbana, inexistindo medidas sistematizadas e institucionalizadas acerca desse tema. Entretanto, algumas medidas, mesmo que restritas aos poucos serviços especializados do País, já vêm sendo desenvolvidas.

Por outro lado, ao se analisar o problema dos acidentes e das violências sob a ótica dos segmentos populacionais, observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências, quanto às características e circunstâncias em que se dão tais eventos.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica:

• acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e

• violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violência extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem conto as violências autoinfligidas (como a tentativa de suicídio).

A Constituição de 1988, em seu art. 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)-, criado pela Lei N.° 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde - art.s 13. 17 e 245, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridade competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo os setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico. Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos dessa população, o Brasil tornou-se, em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que provê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo.

Os acidentes e as violências são uma grave violação dos direitos fundamentais, assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade nesse grupo. Entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios (Assis e cols., 1994). Os jovens, ao começar a dirigir, passam a constituir população de alto risco desse tipo de acidentes, especialmente pela inexperiência na condução de veículos, pela impulsividade característica da idade, além de outros fatores, como o consumo de álcool e drogas (Bastos e Cartini-Cotrin, 1998), aliados à deficiente fiscalização existente no País.

Os acidentes domésticos que ocorreram principalmente com crianças e idosos são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras). A violência doméstica representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Em relação aos homicídios, as taxas no País (Mello Jorge e cols., 1997) também revelam uma realidade preocupante. A partir da análise das taxas disponíveis, percebe-se que a mortalidade de crianças pode ser um indicador de violência doméstica. É nessa faixa etária que se detectam mortes ocorridas no lar, sendo exemplos quedas, queimaduras, afogamentos e outras que não são devidamente investigadas, podendo, por isso mesmo, decorrer de maus-tratos (Marques, 1986; Santos, 1991; Assis. 1991; Gomes, 1998).

Os adolescentes e jovens são os mais afetados pela violência. A mortalidade nesses grupos populacionais tem como principal causa os eventos violentos: atualmente, cerca de sete, em cada 10 adolescentes, morrem por causas externas. Entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 aos 19 anos passou de 93.7 para 128.2 por 100.000 habitantes, significando um aumento de cerca ele 37% (Mello Jorge e cols., 1998). Cruz Neto e Moreira – 1998 chamam a atenção para as precárias condições de vida de crianças e adolescentes que não têm acesso à estada ou trocam as salas de aula pelo trabalho, num total descaso e desrespeito ao ECA. O número elevado de acidentes de trabalho envolvendo crianças - cuja atividade é legalmente proibida - e de adolescentes - este protegido por lei -, demanda uma ação urgente e eficaz voltada ao cumprimento do ECA.

Os adolescentes e jovens com atividade sexual iniciada cada vez mais precocemente, e desprotegida, apresentam consequências sérias somo as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), a Aids, o aborto e a gravidez não planejada, elevando a mortalidade materna já relevante no contexto nacional e em outros países em desenvolvimento. Soma-se a isso o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade econômica e de sobrevivência desses indivíduos. Agravando essa situação, registre-se a falta de orientação adequada e o despreparo da escola, dos serviços de saúde e da sociedade em lidar com a questão da sexualidade.

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados com maior frequência, maridos, companheiros e parentes próximos. Dados de 1998 da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) - indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher.

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela e violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor.

Os maus-tratos contra os idosos, aqui consideradas as pessoas a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, dizem respeito às ações únicas ou repelidas que causam sofrimento ou angústia – ou, ainda, a ausência de ações que são devidas -, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança (Action of Elder Abuse, 1995; Unpea, 1998).

Embora não se disponha de dados estatísticos sobre incidência e prevalência, sabe-se, a partir de dados realizados em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra (Pillemer & Wolf, 1998; Podnicks, 1989; Ogg and Bennett, 1992) que a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Some-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a autonegligência. Cabe ressaltar que a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, é uma forma de violência presente tanto em nível doméstico quanto institucional, levando muitas vem ao comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária (Eastman, 1994). Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

As quedas causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda. Cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas, aumentando os custos da atenção à saúde e retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por um longo período.

Nas áreas urbanas, os acidentes sofridos pelos idosos, como quedas, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, sufocações e outras lesões, são muito frequentes devido à vulnerabilidade aos riscos presentes tanto no ambiente doméstico, quanto no âmbito público (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados, criminalidade). Os acidentes e as violências com frequência não são corretamente diagnosticados, tendo em vista que há falta de informação e preparo dos profissionais de saúde para enfrentar estes eventos, descrédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e destes profissionais, além de constrangimento do idoso em acusar pessoas de sua família.

Como se depreende da análise precedente, os acidentes e as violências configuram problema de grande magnitude para a sociedade brasileira. Por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. Nesse sentido, a presente Política setorial lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua finalidade – o alcance da qualidade de vida - e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária.

Tal opção leva em conta que a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis - individuais e coletivos - e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Nesta Política, portanto, estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País.

2. PROPÓSITO

Os princípios básicos que nortearam esta Política Nacional são:

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e
- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A presente Política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esse fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais.

Nesse sentido, esta Política setorial prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a estes eventos.

Esse enfoque baseia-se no fato de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população. Acresce-se a isso que cada um dos acidentes e das violências, em maior ou menor grau, é passível de prevenção.

Assim, considerando o quadro dos acidentes e das violências descrito no capítulo da Introdução, a presente Política Nacional tem como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

3. DIRETRIZES

Para a consecução do propósito desta Política, são estabelecidas as diretrizes a seguir explicitadas, as quais orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos, programas, projetos e atividades.

São as seguintes as diretrizes mencionadas:

promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;

monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;

sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;

assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;

estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;

capacitação de recursos humanos; e

apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A implementação dessa diretriz compreenderá a ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e das violências, bem como o reforço das ações intersetoriais relacionadas ao tema. Para tanto, deverão ser utilizadas diversas estratégias, entre as quais figuram, por exemplo, a implementação de propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas "Promotoras de Saúde". Tais estratégias levarão em conta as recomendações oriundas das conferências internacionais relativas à promoção da saúde, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis.

A essas estratégias, deverão ser acrescidos: a divulgação mais técnica dos dados sobre acidentes e violências, o apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e elaboram edições temática.

Por outro lado, buscar-se-á desenvolver também a corresponsabilidade do cidadão num sentido amplo, incluindo a participação na reivindicação, nas proposições e no acompanhamento desta Política, e na promoção de ambientes seguros e comportamentos saudáveis relacionados à prevenção de acidentes e de violências e de seus fatores de risco, como uso de drogas, anuas de fogo e, com destaque, o consumo de álcool, a não observância de regras de segurança e as relações interpessoais conflituosas. As medidas nesse sentido considerarão tanto os ambientes domésticos, de lazer, de trabalho e de trânsito, quanto aqueles em que se desenvolvem os processos de convivência social.

As iniciativas voltadas à corresponsabilidade do cidadão envolverão igualmente a formação e informação continuada da população - junto às escolas, locais de trabalho, lazer e organizações sociais e mídia - sobre a prevenção de acidentes e de violências e a atuação frente a sua ocorrência, incluindo os primeiros gestos diante de uma urgência ou emergência.

A observância dos dispositivos contidos no arcabouço legal referente ao trânsito constituirá, de outra parte, medida importante para que se disponha de condições adequadas à implementação de ações dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas de acidentes. No conjunto dos diplomas legais, destacam-se o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), em especial o art. 78 da Lei N.º 9.503 de 23 de setembro de 1997, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Segundo esse Artigo, os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, deverão desenvolver e implementar programas de prevenção de acidentes.

Destaca-se, também, o Decreto N.° 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que destina 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde, o qual deve utilizar 90% deste montante na prevenção e no atendimento às vítimas de acidente de trânsito; os outros 10% destinados ao Fundo devem ser repassados mensalmente ao coordenador do Sistema Nacional de Trânsito para aplicação exclusiva em programas de prevenção. Já a Portaria Interministerial N.º 4.044, de 18 de dezembro de 1998, dos Ministérios da Saúde, da Fazenda e da Justiça, determina que suas entidades representativas adotem medidas destinadas a assegurar ampla e permanente divulgação dos direitos dos assegurados.

A sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da população em geral constituirão medidas essenciais para a promoção de comportamentos não-violentos. Quanto aos formadores de opinião, deverão ser promovidos debates sobre estratégias de comunicação que estimulem a adoção de atitudes e valores contrários à prática da violência, nos quais buscar-se-á em eventos conjuntos, a participação dos diversos setores envolvidos na prevenção da violência aos diferentes segmentos da população.

As campanhas de mobilização social buscarão o envolvimento da população na identificação e prevenção da violência e dos acidentes contra todos os segmentos sociais. Além da elaboração e da divulgação de materiais educativos, deverão ser identificados outros mecanismos capazes de tornar acessíveis as informações sobre o problema da violência em redes de comunicação e movimentos sociais organizados. Paralelamente às campanhas, serão desenvolvidos processos de educação, com participação ativa dos grupos sociais.

As medidas preventivas compreenderão a articulação e o desenvolvimento de ações não governamentais e de diferentes conselhos. Para tanto, deverá ser apoiado o desenvolvimento de projetos conjuntos, bem como a realização de estágios de pessoal dessas organizações em centros de referência como, por exemplo, os da mulher.

No tocante à recuperação das vítimas de acidentes e de violências, o setor saúde prestará informação, orientação e apoio tanto a estas quanto às suas famílias. Neste sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de seqüelas e deficiências, bem como de seus familiares.

Os estados e municípios deverão realizar ações sistemáticas de sensibilização para a prevenção de acidentes e de violências, adequadas à cultura local. Ao lado disso, será produzido material educativo acerca da prevenção de acidentes e de violências destinado aos profissionais de saúde e de educação.

Em relação à unidade familiar, as medidas estarão voltadas tanto para o reconhecimento quanto para a redução da violência doméstica, envolvendo um conjunto de ações intersetoriais, tendo em conta o caráter multifatorial para a sua determinação, principalmente com as áreas da justiça e da segurança pública. Assim, o desenvolvimento das ações pautar-se-á pela tipificação da violência sofrida, considerando que os comportamentos violentos acontecem num contexto relacional em que os sujeitos estão implicados ora como vítimas, ora como sujeito das agressões, e que as pessoas envolvidas nestas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões em que estão inseridas. Especificamente em relação aos idosos, será fundamental o investimento na formação de cuidadores.

Atenção prioritária deverá ser dada às crianças, adolescentes, jovens, portadores de deficiência física e mental e idosos em condição asilar, garantindo-lhes o cumprimento dos dispositivos legais concernentes aos direitos destes grupos, de forma articulada com entidades de classe, conselhos, organizações não-governamentais e a sociedade em geral.

Serão fundamentais a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra esses segmentos populacionais é potencializadora da violência social em geral. Neste sentido, deverá ser consolidado o entendimento de que é possível modificar a cultura, os comportamentos e as atitudes que a reproduzem. Particularmente quanto às crianças, adolescentes e idosos, promover-se-á o cumprimento das Leis N.ºs 8.069/90 e 8.842/94, visando a notificação dos maus-tratos em relação a esses segmentos populacionais.

Já a orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessária, informações aos pacientes e aos seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação preventiva e corretiva, levando em consideração o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

As ações de prevenção das violências e dos acidentes deverão estar incorporadas em todos os programas, planos e projetos de atenção a grupos específicos da população e a temas de saúde. Neste contexto, o setor saúde deverá também incentivar e participar, em conjunto com trabalhadores, responsáveis pelas empresas, polícia, defesa civil, órgãos ambientais e corpo de bombeiros, da elaboração de planos de emergência em locais que manipulam produtos perigosos e que possuem risco de provocar acidentes ampliados.

3.2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências

A implementação dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências.

A melhoria das informações constituirá uma das prioridades à qual deverá ser concedida atenção especial. Uma das medidas, neste sentido será a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, a partir dos quais viabilizar-se-á a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos. A base para a implementação dessa medida estará representada pela elaboração de normas técnicas respectivas; adequação de instrumentos de registros, com a introdução de questões específicas para o diagnóstico de violências e de acidentes; e inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH / SUS).

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais, configurará, por outro lado, iniciativa fundamental para a monitorização adequada da ocorrência desses eventos. Isso implicará a adoção de diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde.

Deverão ser sensibilizados, também, os dirigentes de institutos de medicina legal quanto à importância, para o setor, dos dados existentes nestes serviços. Para tal, constituirão mecanismos importantes a mobilização e a capacitação de médicos que atuam nesses institutos, bem como o estímulo ao provimento de recursos físicos e materiais necessários.

A monitorização da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, principalmente mediante:

• a promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas;

• a elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o torneamento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho;

• a criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar;

• a otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios;

• a efetivação do disposto na Portaria GM/MS Nº 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar;

• a inclusão de “lesões e envenenamentos" com detalhamento do tipo de causas externas como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial;

• o estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco. Essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme;

• a criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis;

• a inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia - Centros de Intoxicação -, em hospitais de atendimento médico de urgência;

• a identificação e implementação de mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.

A monitorização da situação envolverá, também, o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, estimulando-se experiências locais e a união de esforços nas áreas em que vários procedimentos já estão sendo desenvolvidos, com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Neste contexto, deverão ser incentivados estudos amplos e consistentes acerca da morbimortalidade, inclusive com a determinação de seus possíveis fatores de risco.

Em relação a acidentes de trânsito, o sistema de vigilância epidemológica compreenderá a implantação, com recurso eletrônico, de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Esta rede deverá estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicarão a definição de um boletim de ocorrência padrão e a formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito.

O setor saúde deverá participar da monitorização dos acidentes ampliados, levantando, junto com os outros órgãos, as causas, as conseqüências a curto e longo prazos, bem como os recursos envolvidos na sua mitigação.

3.3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

O fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) será fundamental para a consecução do propósito desta Política, para o que deverão ser promovidas medidas que permitam o aprimoramento dos serviços existentes. Entre essas, figurará a identificação de fontes de recursos destinados à preparação de pessoal e à aquisição de materiais. Neste contexto, poderão ser fixados critérios diferenciados de incentivos para que estados e municípios invistam nesses serviços.

Além dessas medidas, deverão ser revistas e ou estabelecidas normas técnicas específicas, em conjunto com os diferentes setores envolvidos, para a padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas, bem como para a formação de recursos humanos.

Paralelamente, os órgãos competentes promoverão a análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrência de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados, a partir dos quais serão estabelecidos, juntamente com a defesa civil, planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados. Será promovida, também, a integração do APH ao atendimento hospitalar de emergência, com a implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios, às quais competirá a articulação com os órgãos que mantêm este tipo de serviço, estimulando-os a atuar de forma compartilhada.

Ao lado disso, deverá ser incentivada a organização de consórcios entre municípios de menor porte e a ampliação do APH para as rodovias, por intermédio das polícias rodoviárias estaduais e federais, segundo normas estabelecidas de comum acordo entre estas e os gestores do SUS, em suas respectivas amas de abrangência.

3.4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de fornia que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. A consecução desse atendimento dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e as áreas jurídicas e de segurança, para o que será provida a respectiva assessoria técnica no tocante à definição, implantação e avaliação das ações. Nesse particular, ainda, deverão ser apoiados projetos e repasse de recursos voltados à estruturação e à organização mencionadas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infra-estrutura.

A assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

Essa assistência orientar-se-á por normas específicas sobre o tratamento das vítimas de acidentes e de violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais. Além disso, deverá ser estimulada a criação de núcleos de trabalho acerca do tema nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, nas sociedades científicas, nas instituições e serviços públicos e privados afins, bem como em grupos organizados da sociedade civil.

Serão definidas unidades de atendimento paria emergências e urgências, conforme o seu grau de complexidade, sistematizando o atendimento específico e contribuindo para uma menor pletora nos serviços de alta complexidade. Em regiões onde não houver condições para a instalação de serviços com complexidade mediana, serão estimuladas, sobretudo mediante a organização de consórcios intermunicipais, a regionalização e a hierarquização do sistema de atenção hospitalar.

Paralelamente, promover-se-á a valorização, a especialização, a atualização e a reciclagem de profissionais que atuam nos serviços de emergência. Buscar-se-á, igualmente, maior vinculação das universidades, com vistas à formação de recursos humanos para esse fim.

Os esforços deverão centrar-se na formação de profissionais especializados em emergências, clínicas traumáticas, cirúrgicas e atendimento pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao atendimento pediátrico. Deverá ainda ser enfocada a especialização em gerenciamento de serviços de saúde. A formação desses profissionais contemplará, além dos aspectos clínico, cirúrgico e gerenciais, a abordagem psicossocial nos casos de violência.

A formação e a certificação de profissionais atuantes no sistema de emergência pré-hospitalar e hospitalar serão de responsabilidade das escolas de medicina e enfermagem credenciadas pelo Ministério da Educação. Somam-se aos núcleos formadores e certificadores as sociedades médicas, de enfermagem e científicas cuja titulação seja reconhecida.

Nas localidades onde seja elevada a demanda de pacientes aos hospitais de emergência de alta complexidade, serão criados serviços de pronto atendimento, em diversas áreas das regiões metropolitanas, que atuarão principalmente como instâncias de estabilização e triagem, reforçando as demais medidas voltadas à hierarquização e descentralização do sistema de atenção hospitalar de emergência.

A ampliação do número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergência constituirá, da mesma forma, medida essencial. Tais leitos deverão ser criados na própria unidade hospitalar que postula setor de urgência, bem como em hospitais de retaguarda destinados a dar o devido suporte às referidas unidades. Paralelamente, procurar-se-á também adequar a oferta de leitos de terapia intensiva, quer para adulto, quer pediátrica.

Com relação aos serviços de atenção especializada – tais como unidade de queimados, centros de atendimentos toxicológicos, unidades de hemodinâmica, diálise, gestação de alto risco, entre outros -, serão procedidos levantamentos para avaliação e posterior adequação às necessidades. Todas as unidades de atendimento a grandes emergências e aquelas que forem únicas em determinadas localidades ou regiões do País deverão desenvolver e adotar treinamentos simulados, em situação de catástrofe ou ocorrências que envolvam grande número de vítimas.

A unidade de tratamento de pacientes de alto risco será um ambiente obrigatório em qualquer serviço de urgência, independente de seu nível de complexidade e da etiologia do agravo. Terá como finalidade oferecer o suporte avançado de vida a qualquer paciente, seja cirúrgico ou clinico, que esteja em risco iminente de morte. Essas unidades deverão atender pacientes de todas as faixas etárias, garantidas as condições clínicas para o transporte adequado de pacientes entre diferentes serviços.

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a estas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Deverão ser estabelecidos serviços de referência para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias.

O cartão da criança será ser utilizado e valorizado como instrumento básico de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como de registro de situações de risco, tais como: modificação do ritmo de crescimento, não cumprimento do calendário de vacinação, atraso nas etapas do desenvolvimento, desnutrição, desmame, que poderão, dentro de um atendimento geral, auxiliar na detecção de situações de negligência.

O atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde contemplará o aumento da autoestima, de modo que elas se sintam fortalecidas para identificar soluções, em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia. Dessa forma deverão ser contempladas também atividades voltadas à reeducação de agressores e garantidas redes de apoio para o atendimento, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal.

A assistência aos idosos, no âmbito hospitalar, lesará em conta que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do enfermo hospitalizado. Neste sentido, a capacidade funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde - ambulatórios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros -, na conformidade do que estabelece a Lei N.° 8.842/94, em seu art. 4°, inciso VIII, e o art. 17, do Decreto N.° 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados - conveniados ou contratados - pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que será sempre observado é a possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco envolvidos. O profissional de saúde, quando houver indícios de que um idoso possa estar sendo submetido a maus-tratos deverá denunciar sua suspeita.

Especial atenção será dada à formação das equipes de saúde para o diagnóstico e o registro corretos da relação entre trabalho, acidentes e violências. Para tanto, a rede assistencial deverá ser capacitada não só para prestar a atenção requerida, mas também para acionar o desencadeamento de ações de prevenção. Para tanto buscar-se-á a contínua integração entre as ações assistenciais e aquelas atinentes à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, para que sejam desencadeadas medidas oportunas e adequadas nos ambientes de trabalho, visando ao controle e ou eliminação dos fatores de risco neles presentes.

Além disso, incentivar-se-á a criação e a capacitação de unidades de emergências para o atendimento de intoxicações, enfatizando-se aquelas decorrentes de agrotóxicos, com apoio toxicológico de emergência e de referência.

3.5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A operacionalização dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nem fase da atenção.

O processo de reabilitação, que tem início na instituição de saúde, dirigirá suas ações não somente para a educação do paciente como, também, de sua família. Assim, os serviços de reabilitação prestarão atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar seqüelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral.

Para favorecer o alcance da independência do paciente dentro da nova situação, procurar-se-á provê-lo dos vários recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses, cadeiras de rodas e auxílios de locomoção, como andadores, muletas, bengalas, meios de comunicação alternativos, entre outros.

Deverão ser criados mecanismos que favoreçam a informação, orientação e apoio ao paciente e a sua família como sujeitos da ação de recuperação. Dois desses mecanismos serão a sensibilização e a informação dos gerentes dos serviços e dos profissionais de saúde sobre os seus respectivos papéis na orientação dos portadores de seqüelas e familiares.

A readaptação do paciente à família e à sociedade requererá a adoção de medidas essenciais, tais como:

• diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas;

• levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades;

• adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte, de modo a permitir a redução do número de acidentes e a livre locomoção dos pacientes, eliminando-se barreiras arquitetônicas e superando barreiras culturais;

• incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de seqüelas.

Paralelamente, promover-se-á a organização de uma rede coordenada de atendimento - incluindo equipes de reabilitação para atendimento na própria comunidade -, mediante a sistematização e conjugação de esforços e de serviços existentes na região. Tal estratégia visa potencializar os recursos disponíveis localmente, bem como aqueles que são colocados à disposição por parte das diferentes instâncias do SUS, de que são exemplos os recursos financeiros repassados pelo nível federal aos gestores estaduais e municipais para o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais e hospitalares.

A entrada do usuário nessa rede dar-se-á pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades. Essa organização da atenção não significa que, pelo fato de ser assistido em um serviço de menor complexidade, o paciente não terá acesso aquele compreendido nos outros níveis. Na realidade, essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando-se a sobrecarga de qualquer um dos serviços.

3.6 Capacitação de recursos humanos

A preparação de recursos humanos deverá atender a todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes aqui fixadas, destacando, em especial:

• promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas;

• criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde;

• complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC:

• promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado - homologado pelo MEC - para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar.

• capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional; tal capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo.

3.7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e a violências constituirá medida essencial para que o tema seja, efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde.

As pesquisas deverão integrar estudos de cunho sócio-antropológico, essenciais para a identificação dos valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e institucionais e de outras áreas afins do tema. Aliam-se a essas, pesquisas epidemiológicas e clínicas que permitam a identificação de fatores de risco e de proteção envolvidos nas redes causais de acidentes e de violências, ao mesmo tempo que indicam áreas e grupos sociais mais vulneráveis a esses agravos.

Será necessário também desenvolver investigações quanto ao impacto socioeconômico das violências e dos acidentes na sociedade. Para tanto, as universidades e os centros de investigação deverão estar integrados com as temáticas geradas a partir dos serviços.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País - propósito desta Política Nacional - requererá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas.

Por outro lado, tendo em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, esta Política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais. Essas parcerias significam a conjugação de esforços que se expressam mediante a implementação de um amplo e diversificado conjunto de ações articuladas, voltadas à prevenção de acidentes e de violências e, por via consequência, à redução da ocorrência destes eventos, contribuindo, assim, para a qualidade de vida da população.

Na articulação intersetorial será buscado o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, que é um dos elementos capazes de refletir decisivamente na redução de acidentes e de violências no País.

4.1. Articulação intersetorial

No âmbito federal caberá ao Ministério da Saúde promover a articulação dentro do próprio setor e com as instâncias a seguir identificadas, com as quais buscará construir e consolidar as parcerias anteriormente referidas, a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

partir das medidas aqui explicitadas e consideradas essenciais para o alcance do propósito estabelecido na presente Política Nacional.

Além das responsabilidades específicas em relação a esta Política, caberá também aos gestores estaduais e municipais do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência, estabelecer a indispensável parceria, preconizada neste documento.

A. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Buscar-se-á, em especial com essa Secretaria, a promoção de medidas destinadas a adequar e ou readequar os espaços urbanos, domésticos e dos edifícios públicos e particulares, com vistas à prevenção de acidentes e de violências, e permitir a livre locomoção dos pacientes vítimas destes eventos.

B. Ministério da Justiça

A parceria a ser estabelecia visará principalmente:

• a sensibilização e a capacitação de médicos que atuam nos institutos de medicina legal para que possam fornecer, adequada e oportunamente, atendimento humanizado, favorecendo a emissão de laudos completos para a adoção das medidas cabíveis, bem como a alimentação dos sistemas de informações;

• a criação de eventos específicos para a discussão de questões polêmicas como o atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas de abuso sexual;

• a integração dos sistemas de informações relacionados a acidentes e a violências, disponíveis nos âmbitos policial e de trânsito, inclusive com a padronização nacional dos formulários de cada um destes sistemas;

• a promoção de medidas destinadas a melhorar a segurança dos pedestres, dos condutores, dos passageiros, dos veículos a das vias públicas;

• a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias;

• a promoção de medidas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto à importância do Código, entre as quais destacam-se: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco que interferem na direção segura; a divulgação, em nível nacional, do Código e de sua regulamentação, de modo a facilitar a participação do poder público e da população; o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, ressaltando o seu papel na prevenção, inclusive com a elaboração de manual acerca desta participação no trânsito;

• o cumprimento de dispositivo contido no CTB relativo à utilização no trânsito dos recursos nele gerados, sobretudo na introdução de novas tecnologias e no treinamento de recursos humanos;

• o cumprimento e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante, por exemplo, o fortalecimento das medidas adotadas contra a prostituição infanto-juvenil, a erradicação do trabalho infantil e as referentes a crianças, adolescentes e jovens autores de atos infracionais;

• a divulgação da Lei N.° 9.534/97 e a promoção do seu cumprimento, em especial no que respeita à gratuidade do registro civil de nascimento;

• o estabelecimento de protocolos de cooperação visando à prevenção e ao atendimento das vítimas de acidentes e de violências, compreendendo a elaboração e implantação de projetos conjuntos, bem como a padronização de formulários, como o Boletim de Ocorrência Policial, entre outros;

• o treinamento para policiais, técnicos do IML e demais profissionais envolvidos, respeitadas as suas áreas de competência;

• a adoção de medidas de controle de armas de fogo, considerando-as como importante fator de risco para a violência.

C. Ministério da Educação

Buscar-se-á, com esse Ministério, sobretudo:

• a inclusão nos currículos de primeiro e segundo graus, bem como nos cursos profissionalizantes e técnicos, de conteúdos referentes à prevenção de acidentes e de violências;

• a mobilização das universidades para que induzam investigações atinentes aos acidentes e às violências, não só divulgando-as em publicações científicas, mas de forma que contribuam, inclusive, para a melhoria e o aprimoramento da rede de serviços;

• a inclusão, nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, educação, assistência social e direito de disciplina relacionada a acidentes e a violências;

• a adoção, no nível médio de ensino, de currículo interdisciplinar com conteúdo programático sobre defesa civil;

• o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;

• o incentivo, nos cursos de graduação da área de saúde, à formação em emergência;

• o estabelecimento de currículo mínimo para técnicos de emergência e de profissionais;

• o apoio no estabelecimento de cursos e estágios de educação continuada e atualização para profissionais de saúde e outros envolvidos no atendimento pré-hospitalar e hospitalar às eminências;

• o estímulo à criação de residência médica e de enfermagem em emergência - contemplando aspemos do planejamento, administração e prestação de serviços - e a sua respectiva homologação pelos órgãos competentes.

D. Ministério do Trabalho e Emprego

A parceria a ser estabelecida visará a implementação das medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e o fortalecimento das iniciativas destinadas a erradicar o trabalho infantil e a coibir a exploração do trabalho juvenil; além disso, procurará viabilizar a ampliação do programa de bolsas de trabalho para jovens.

E. Ministério da Previdência Social

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida buscará promover a ampliação da cobertura e o aperfeiçoamento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

F. Ministério dos Transportes

A parceria visará, sobretudo, a adoção de medidas destinadas a melhorar a segurança das vias públicas, mediante a inclusão, nos contratos de concessão de rodovias, de normas técnicas de procedimento, bem como de auditoria técnica independente.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

G. Ministério da Ciência e Tecnologia

A articulação objetivará, em especial:

• a indução, por parte do MCT, de pesquisas que englobem as diferentes questões relativas a acidentes e a violências, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento das medidas dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas destes eventos;

• o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos de todas as fontes, particularmente dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;

• o estímulo à criação de novas tecnologias - preventivas, recuperativas e reabilitadoras - inerentes às violências e aos acidentes.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde

• Implementar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento desta Política Nacional, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.

• Assessorar as Unidades Federadas na elaboração e implementação de suas respectivas políticas estaduais.

• Desenvolver e implementar mecanismos que possibilitem a articulação intrasetorial.

• Promover a ampliação da abrangência dos sistemas de informação inerentes à morbidade e mortalidade, de modo que cubram, de forma adequada e suficiente, dados relativos a acidentes e a violências; criar sistema padronizado e integrado que contemple dados relacionados a atendimentos de pré-hospitalar, pronto-socorro e ambulatório, que permita as investigações das causas externas; e viabilizar auditoria relativa a qualidade da informação.

• Incorporar as causas externas como agravo de notificação.

• Organizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Promover o diagnóstico, a notificação e o acompanhamento dos casos de violência doméstica em crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e portadores de deficiência visando o atendimento e o conhecimento destes casos.

• Promover a elaboração e acompanhar o cumprimento das normas relativas a acidentes e a violências no âmbito do setor saúde.

• Promover o cumprimento, no âmbito da ação especifica do setor, dos preceitos contidos no ECA, no que se refere ao direito à vida e à saúde da criança e do adolescente (art.s 7 a 14).

• Apoiar a plena implantação do CTB, com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias.

• Participar da promoção de medidas preventivas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto a sua importância, entre as quais se destacam: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco e o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, inclusive da elaboração de manual acerca desta participação.

• Estabelecer recomendações clínicas sobre patologias e comportamentos que possam comprometer a capacidade de dirigir e associar-se a organizações da sociedade civil, empresas públicas e privadas para a sua imensa divulgação.

• Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação desta Política.

• Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, promover a disseminação e divulgar as informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

• Promover a capacitação de recursos humanos.

• Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentas da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

• Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

• Fomentar a organização e a consolidação de serviços de atendimento pré-hospitalar, assim como estabelecer normas para o seu funcionamento, integrando-os ao atendimento hospitalar de emergência.

• Apoiar a organização da rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, bem como para a recuperação e reabilitação.

• Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a padronização, em âmbito nacional, de boletim de atendimento médico ao nível pré-hospitalar, hospitalar de emergência e ambulatorial, possibilitando a ação efetiva de vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Inserir de forma destacada, nas bulas de medicamentos, informações acerca dos riscos do uso destes produtos na execução de determinadas atividades, de que são exemplos a operação de máquinas pesadas, a direção de veículos, entre outras, inclusive quanto aos seus efeitos potencializadores.

• Restar assessoria na organização de consórcios intermunicipais.

4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde

• Elaborar, coordenar e executo a política estadual relativa a acidentes e a violências, no âmbito do setor saúde, consoante a esta Política Nacional.

• Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, decorrentes desta Política.

• Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.

• Organizar, padronizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Organizar e implementar sistemas integrados de informação de morbidade e mortalidade, relacionados a acidentes e a violências.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

• Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação da presente Política e da respectiva política estadual.

• Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas nesta Política Nacional e na respectiva política estadual.

• Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

• Promover e realizar a capacitação de recursos humanos, conforme preconizado na diretriz referente ao tema, com vistas à prevenção e qualidade de atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas da saúde e afins.

• Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

• Promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e de violências, que incluam, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do IML, Conselhos Tutelares e Varas de Infância e Juventude.

• Apoiar os municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

• Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.

• Organizar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, promovendo, se for o caso, o estabelecimento de consórcios intermunicipais.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente

• Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.

• Promover e executar as medidas necessárias visando a integração da programação municipal à adotada pelo estado.

• Promover e executar a articulação entre os diferentes setores no município, visando a implementação das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.

• Promover e executar o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar o elenco das atividades específicas decorrentes das Políticas Nacional e Estadual.

• Estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbirmortalidade por acidentes e violências.

• Desenvolver ações relativos à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Promover a observância da Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos saudáveis por parte dos munícipes, mobilizando, para tanto, os diferentes segmentos sociais locais.

• Aplicar e acompanhar o cumprimento das normas decorrentes desta Política.

• Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.

• Organizar e implementar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, estabelecendo, se for o caso, consórcios intermunicipais.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A parir de sua operacionalização a presente Política Nacional compreenderá o desenvolvimento de um processo sistematizado de avaliação, com um acompanhamento permanente que permita o conhecimento da repercussão das ações sobre a ocorrência de acidentes e de violências no País, bem como acerca das consequências decorrentes destes eventos, sobretudo no tocante ao atendimento, recuperação e reabilitação de pessoas vitimadas. Além disso, deverá possibilitar a incorporação de novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos relacionados a acidentes e a violências e a realização de eventuais ajustes que venham a ser ditados pela prática.

Para o desenvolvimento desse processo, serão definidos parâmetros, critérios e metodologias específicas, capazes de, inclusive, favorecer o conhecimento da repercussão das medidas levadas a efeito por setores com os quais se buscará estabelecer parcerias, identificadas no capítulo "Responsabilidades Institucionais", deste documento.

Tais acompanhamentos e avaliação poderão valer-se dos dados e informações gerados pelos diferentes programas, planos, projetos ou atividades que serão operacionalizados a partir desta Política.

Além da avaliação anteriormente prescrita, procurar-se-á investigar a repercussão desta Política sobre a qualidade de vida das pessoas, bem como a sua contribuição para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 7° (Lei N.° 8.080/90), destacando-se:

• a “integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (inciso II);

• a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);

• o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde" (inciso V);

• a "conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população" (inciso XI);

• a "capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência" (inciso XII); e

• a "organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos" (inciso XIII).

O processo de acompanhamento aqui preconizado deverá, igualmente, avaliar em que medida estão sendo cumpridas as metas e compromissos internacionais dos quais o Governo Brasileiro é signatário, bem como daqueles oriundos de eventos nacionais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

6. TERMINOLOGIA

Abandono: ausência ou deserção por parte do responsável, dos cuidados, necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado;

Abuso financeiro aos idosos: exploração imprópria ou ilegal e ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso;

Abuso físico ou maus-tratos físicos: uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade;

Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social;

Abuso sexual: ato ou jogo sexual que ocorre em relação hétero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;

Acidentes ampliados: são acidentes relacionados a indústrias de processos contínuos, não se restringem ao ambiente de trabalho, afetando comunidades do entorno e produzindo efeitos adversos ao longo do tempo;

Autonegligência: conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado;

Acidentes de transporte: todo acidente que envolve veículo destinado ao transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro;

Acidentes de trânsito: acidentes com veículos, ocorridos na via pública;

Agentes tóxicos: toda substância que, em contágio com o organismo, causa alterações eia suas funções;

Atendimento de recuperação e reabilitação: atendimento oferecido após a alta do paciente, geralmente em ambiente ambulatorial;

Atendimento pré-hospitalar: atendimento especializado oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada ao hospital;

Causas externas: ocorrências relacionais e acidentais e circunstâncias ambientais como causas de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos;

Deficiência: qualquer perda ou alteração de uma estrutura, função de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica;

Fatores de risco: elementos de qualquer origem que possam comprometer ou colocar em risco a integridade física e ou emocional de um indivíduo;

Imaginologia: estudo de todos procedimentos diagnósticos por imagem;

Incapacidade: qualquer restrição ou falta - resultante de uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade nos moldes e limites considerados normais para um ser humano;

Informações tóxico-farmacológicas: informações sobre envenenamentos por medicamentos, produtos domiciliares, inseticidas, plantas tóxicas, animais peçonhentos, metais pesados, euforias (cocaína, LSD etc.), interações medicamentosas ou de drogas e teratogênese, bem como ações preventivas na área toxicológica;

Negligência: recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima;

Notificação: é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde;

Reabilitação: desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais;

Recuperação: ato de recuperar, recobrar ou restaurar funções, membros ou segmentos corporais que foram atingidos por lesões ou traumas;

Sequelas: danos deixados por qualquer doença ou agravo;

Profissionais responsáveis pela segurança relacionados ao Atendimento Pré-Hospitalar: Corpos de Bombeiros, Policiais Civis, Militares, Rodoviários, e outros profissionais, devidamente reconhecidos pelo Gestor público da saúde, para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em suporte básico de vida (intervenção conservadora não-invasiva) sob supervisão médica, normalizados pelo SUS;

Suporte básico de vida: estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas (como imobilização do pescoço, compressão de sangramento etc.);

Suporte avançado de vida: estrutura de apoio oferecido a pacientes em risco de morte, promovido por profissionais médicos, por intermédio de medidas não-invasivas ou invasivas (como, por exemplo, drenagem de tórax, acesso às vias aéreas, acesso venoso etc.);

Unidade de tratamento de pacientes de alto risco: ambiente destinado a oferecer suporte básico e avançado de vida, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto intra quanto inter-hospitalar; e

Veículos para atendimento pré-hospitalar: viaturas equipadas com equipamentos para resgatar vítimas presas em ferragens ou em outras condições anômalas.

ANEXO VIII

Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Origem: PRT MS/GM 1876/2006)

Art. 1º Ficam instituídas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio serão organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não governamentais, nacionais e internacionais, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, I)

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, II)

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, IV)

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VI)

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VII)

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VIII)

Art. 3º A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotarão as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 3º)

Art. 4º A Secretaria de Atenção à Saúde constituirá um Grupo de Trabalho, a ser instituído por portaria específica, para propor a regulamentação dessas diretrizes. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 4º)

Art. 5º A regulamentação dessas diretrizes será apresentada e pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 5º)

ANEXO IX

Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Origem: PRT MS/GM 874/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 2º)

Art. 3º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II)

Art. 4º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º)

I - princípios gerais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, I)

II - princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, II)

III - princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, III)

IV - princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, IV)

V - princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, V)

VI - princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VI)

VII - princípios e diretrizes relacionados à educação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VII)

VIII - princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VIII)

Seção I

Dos Princípios Gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º Constituem-se princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º)

I - reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, I)

II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, II)

III - formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, III)

IV - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, IV)

V - a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, V)

Seção II

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Promoção da Saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º Constitui-se princípio relacionado à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a identificação e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a saúde e a qualidade de vida. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 6º)

Art. 7º São diretrizes relacionadas à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º)

I - fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, I)

II - realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, II)

III - promoção de hábitos alimentares saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, III)

IV - promoção de práticas corporais e atividades físicas, tais como ginástica, caminhadas, dança e jogos esportivos e populares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IV)

V - enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente, por meio de práticas de promoção da saúde com caráter preventivo e sustentável; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, V)

VI - desenvolvimento de ações e políticas públicas para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VI)

VII - promoção de atividades e práticas relacionadas à promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, chegando, por exemplo, às escolas, aos locais de trabalhos e aos lares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VII)

VIII - avanço nas ações de implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, de que trata o Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VIII)

IX - fomento à elaboração de documentos normativos voltados à regulamentação de produção e consumo de produtos e alimentos cuja composição contenha agentes cancerígenos e/ou altas concentrações de calorias, gorduras saturadas ou trans, açúcar e sal; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IX)

X - fomento à ampliação de medidas restritivas ao marketing de alimentos e bebidas com alto teor de sal, calorias, gorduras e açúcar, especialmente os direcionados às crianças. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, X)

Seção III
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Prevenção do Câncer
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Constitui-se princípio da prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a eliminação, redução e o controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 8º)

Art. 9º São diretrizes relacionadas à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º)

I - fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, I)

II - prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, II)

III - implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento ("screening") e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, III)

IV - garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, IV)

V - estruturação das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, V)

Seção IV
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Vigilância, ao Monitoramento e à Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 10. Constitui-se princípio da vigilância, do monitoramento e da avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização da vigilância do câncer por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer e de seus fatores de risco e proteção. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 10)

Art. 11. São diretrizes relacionadas à vigilância, ao monitoramento e à avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11)

I - monitoramento dos fatores de risco para câncer, a fim de planejar ações capazes de prevenir, reduzir danos e proteger a vida; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, I)

II - utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer, produzidos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II)

a) pelos diversos sistemas de informação do SUS, dentre os quais os de mortalidade, de morbidade, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, a)

b) pelos registros do câncer de base populacional e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, b)

c) pelos inquéritos e pesquisas populacionais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, c)

d) pelas estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, d)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - implementação e aperfeiçoamento permanente da produção e divulgação de informações, com vistas a subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, III)

IV - monitoramento e avaliação do desempenho e dos resultados das ações e serviços prestados nos diversos níveis de atenção à saúde, para a prevenção e o controle do câncer, utilizando critérios técnicos, mecanismos e parâmetros previamente definidos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, IV)

V - monitoramento e avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, do tempo de espera para início do tratamento e da satisfação do usuário; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, V)

VI - realização de pesquisas ou de inquéritos populacionais sobre a morbidade e os fatores de risco e de proteção contra o câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, VI)

Seção V
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção V)

Art. 12. Constitui-se princípio do cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 12)

Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 13)

Art. 14. São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14)

I - tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, I)

II - atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, II)

III - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, III)

IV - oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, IV)

Seção VI
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Ciência e à Tecnologia
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 15. Constitui-se princípio da ciência e da tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a utilização da ATS para a tomada de decisão no processo de incorporação, reavaliação ou exclusão de tecnologias em saúde, com a articulação dos diversos setores do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 15)

Art. 16. São diretrizes relacionadas à ciência e à tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16)

I - estabelecimento de métodos e mecanismos para análise de viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde, voltados para prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, I)

II - implementação da rede de pesquisa para a prevenção e o controle do câncer em conformidade com os objetivos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de modo a aumentar a produção de conhecimento nacional relacionada a esta área; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, II)

III - implementação de práticas de elaboração de parecer técnico-científico, ATS e AE para subsidiar a tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias no SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, III)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no inciso II, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde foi aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Seção VII
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Educação
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VII)

Art. 17. Constitui-se princípios da educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de que trata o Anexo XL . (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 17)

Art. 18. São diretrizes relacionadas à educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18)

I - fomento à formação e à especialização de recursos humanos para a qualificação das práticas profissionais desenvolvidas em todos os eixos fundamentais contidos nesta Política; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, I)

II - implementação, nas Comissões Estaduais de Integração Ensino-Serviço (CIES), de projetos educativos voltados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais, de gestão e que envolvam a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, II)

Seção VIII
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Comunicação em Saúde
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VIII)

Art. 19. Constitui-se princípio da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 19)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 20. São diretrizes da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20)

I - estabelecimento de estratégias de comunicação com a população, com os profissionais de Saúde e com outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e as diversas estratégias de prevenção e de controle, buscando a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, I)

II - estímulo às ações de fortalecimento da capacidade individual e coletiva de comunicação em saúde, promovendo mudanças a favor da promoção da saúde, da prevenção e do controle do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, II)

CAPÍTULO III
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III)

Seção I
Das Responsabilidades das Esferas de Gestão do SUS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 21. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21)

I - organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, I)

II - ter atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir do perfil epidemiológico do câncer e das necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, II)

III - reorientar o modelo de atenção às pessoas com câncer com base nos fundamentos e diretrizes desta Política e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, III)

IV - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IV)

V - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com câncer, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, V)

VI - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, transformando as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, referentes à qualificação das ações de promoção da Saúde, de prevenção e do cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VI)

VII - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam na prevenção e no controle do câncer nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VII)

VIII - desenvolver, disponibilizar e implantar sistemas de informações para coletar, armazenar, processar e fornecer dados sobre os cuidados prestados às pessoas com câncer, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, a avaliação, o monitoramento e o controle das ações realizadas, garantindo a interoperabilidade entre os sistemas; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VIII)

IX - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, incluindo tempo de espera para início do tratamento e satisfação do usuário, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IX)

X - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção e ao cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, X)

XI - realizar parcerias com instituições internacionais e com instituições governamentais e do setor privado para fortalecimento das ações de cuidado às pessoas com câncer; em especial na prevenção e detecção precoce; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XI)

XII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução desta política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XII)

XIII - elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cânceres mais prevalentes, para apoiar a organização e a estruturação da prevenção e do controle do câncer na rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIII)

XIV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos registros hospitalares de câncer (RHC) nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia e seu respectivo compromisso de envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde e ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS), anualmente, para consolidação nacional e divulgação das informações; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIV)

XV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), tendo por compromisso a consolidação e a divulgação das informações de acordo com suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XV)

XVI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capilarização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVI)

XVII - desenvolver estratégias de comunicação sobre fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVII)

XVIII - monitorar, avaliar e auditar a cobertura, produção, desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle do câncer no País no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVIII)

XIX - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIX)

XX - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com câncer, com sustentabilidade do sistema público de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XX)

XXI - estabelecer e implantar o acolhimento e a humanização da atenção, com base em um modelo centrado no usuário e em suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XXI)

Art. 22. Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, I)

II - analisar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, II)

III - consolidar e divulgar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, III)

IV - definir diretrizes gerais para a organização de linhas de cuidado para os tipos de câncer mais prevalentes na população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, IV)

V - elaborar protocolos e diretrizes clínicas terapêuticas de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, V)

VI - realizar estudos de ATS e AE, no intuito de subsidiar os gestores de saúde e tomadores de decisões no que se refere à incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VI)

VII - estabelecer diretrizes e recomendações, em âmbito nacional, para a prevenção e o controle do câncer a partir de estudos de ATS e AE, levando em consideração aspectos epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos do local que irá incorporar e implantar as diretrizes e recomendações; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VII)

VIII - efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VIII)

Art. 23. Às Secretarias de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23)

I - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, I)

II - coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, II)

III - coordenar o apoio aos Municípios para organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, III)

IV - apoiar a regulação e o fluxo de usuários entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IV)

V - analisar os dados estaduais relacionados às ações de prevenção e de controle do câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, V)

VI - implantar e manter o funcionamento do sistema de RHC nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia, com o compromisso do envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde, especificamente ao INCA/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VI)

VII - analisar os dados enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde onde existem o (RCBP implantado, divulgar suas informações e enviá-las para o INCA/SAS/MS e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), responsáveis pela consolidação nacional dos dados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VII)

VIII - garantir e acompanhar o processo de implantação e manutenção dos RHC dos serviços de saúde habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VIII)

IX - utilizar as informações produzidas pelos RHC para avaliar e organizar as ações e os serviços de saúde de alta complexidade e densidade tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IX)

X - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão estadual, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, X)

XI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XI)

XII - apoiar os municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XII)

XIII - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIII)

XIV - efetuar o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIV)

Art. 24. Às Secretarias Municipais de Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, com inclusão de seus termos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, I)

II - planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - organizar as ações e serviços de atenção para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se os serviços disponíveis no município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, III)

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IV)

V - pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, V)

VI - pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VI)

VII - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VII)

VIII - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos sobre sua gestão que ofertam ações de promoção e de prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VIII)

IX - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sobre gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IX)

X - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, X)

XI - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, XI)

Art. 25. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal competem as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 25)

Seção II
Das Responsabilidades das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 26. Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I)

a) realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, tais como alimentação saudável e atividade física, e prevenção de fatores de risco, tais como agentes cancerígenos físicos e químicos presentes no ambiente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, a)

b) desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer ou conforme diretrizes definidas localmente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, b)

c) avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, c)

d) realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, d)

e) implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, e)

f) encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, f)

g) coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, g)

h) registrar as informações referentes às ações de controle de câncer nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, h)

i) realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com as UNACON e os CACON, articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, i)

j) desenvolver ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional, tanto a ocupação atual quanto as anteriores, contendo atividades exercidas e a exposição a agentes cancerígenos inerentes ao processo de trabalho, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, j)

II - Componente Atenção Domiciliar: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II)

a) realizar o cuidado paliativo de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, a)

b) atuar com competência cultural, para reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas, aliada à humildade cultural, para a ênfase ao respeito dessas mesmas características observadas, em espaço e em tempo tão íntimos que é o evento morte no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, b)

c) comunicar-se de forma clara, possibilitando ao paciente e à família a possibilidade de receber todas as informações necessárias e expressar todos os sentimentos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, c)

d) atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase no controle da dor; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, d)

e) preparar paciente e familiares para a morte dentro dos limites de cada um, e proporcionar o máximo alívio do sofrimento; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, e)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

f) instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, f)

g) proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possível. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, g)

III - Componente Atenção Especializada: composto por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica que devem apoiar e complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde, sendo constituído por: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III)

a) Atenção Ambulatorial: composto por conjunto de serviços que caracterizam o segundo nível de atenção, qual seja de média complexidade, e que realizam o atendimento especializado, exames para diagnóstico do câncer, apoio terapêutico e o tratamento de lesões precursoras, com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a)

1. realizar assistência diagnóstica e terapêutica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 1)

2. realizar, sempre que necessário, a contrarreferência dos usuários para a unidade básica de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 2)

3. oferecer apoio técnico às equipes de Atenção Básica e de Atenção Domiciliar com o objetivo de ampliar a resolutividade destes; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 3)

4. estabelecer e assegurar o encaminhamento dos usuários, quando indicado, com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as UNACON e os CACON. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 4)

b) Atenção Hospitalar: composto pelos hospitais habilitados como UNACON e CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, sendo que: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b)

1. Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, enquanto as estruturas hospitalares habilitadas como CACON realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

2. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

3. 2. oferecer serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

4. 3. registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

5. 4. realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

6. 5. ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

7. 6. ao CACON, oferecer, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

8. 7. À UNACON, oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

9. 8. na hipótese das UNACON e dos CACON não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, estes serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

10. os Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica procedem ao tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos operados que necessitam de complementação terapêutica, clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados, sendo que sua estruturação deve considerar dados epidemiológicos (população sob sua responsabilidade, estimativa de incidência e envelhecimento populacional), as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

11. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

12. 2. oferecer o tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e desenvolver ações de cuidado às pessoas com câncer, em especial, na atenção às intercorrências ou agudização da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

13. 3.encaminhar, de forma regulada, os casos que necessitam de complementação terapêutica clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

14. 4.realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

15. 5.registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

c) Rede de Urgência e Emergência: responsável por prestar cuidado às pessoas com câncer nas suas agudizações e, sempre que necessário, encaminhá-los para a UNACON ou o CACON responsável por seu cuidado, ou ainda, para o hospital geral de referência, sendo que os usuários que buscarem um serviço de urgência e emergência e, no momento do atendimento, forem diagnosticados com suspeita de câncer devem ter assegurados encaminhamento e, se necessário, transferência para uma UNACON ou um CACON, ou um hospital geral de referência. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, c)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IV - Componentes dos Sistemas de Apoio: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV)

a) realizar exames complementares relativos ao rastreamento, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, a)

b) registrar e inserir os dados pertinentes nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, b)

c) participar dos programas de garantia de qualidade dos exames de diagnóstico implantados; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, c)

d) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS nos termos da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, d)

V - Componente Regulação: responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer, com atuação de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, V)

VI - Componentes dos Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI)

a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários com câncer, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, a)

b) viabilizar e implementar a estrutura necessária para a informatização dos pontos de atenção à saúde por meio de recursos humanos, equipamentos, acesso à internet, entre outras medidas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, b)

c) prever centrais de regulação para o diagnóstico e tratamento do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, c)

VII - Componente Governança: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII)

a) pactuar os planos de ação regionais e locais para a prevenção e o controle do câncer, de acordo com o COAP, cabendo às Comissões Intergestores pactuarem as responsabilidades dos entes federativos; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, a)

b) instituir mecanismo de regulação do acesso para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade no acesso às ações e aos serviços para a prevenção do câncer e o cuidado ao paciente com câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, b)

CAPÍTULO IV
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO IV)

Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 27. Os parâmetros, as metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer deverão estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, III)

§ 1º O planejamento estratégico deverá contemplar ações, metas e indicadores de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde dos usuários deverão ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 2º)

CAPÍTULO V
DA REDE COLABORATIVA PARA QUALIFICAR O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Art. 28. Fica instituído o Comitê de Mobilização Social para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º)

I - ampliar a discussão relacionada à prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama, difundindo informações e envolvendo a sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, I)

II - contribuir para a mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama; e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, II)

III - contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, III)

§ 2º O Comitê de Mobilização Social será composto por representantes das seguintes Instâncias: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º)

I - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, II)

III - Instituto Mulheres pela Assistência Integral à Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (IMAIS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, III)

IV - Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IV)

V - Articulação das Mulheres Brasileiras (AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, V)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VI - Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VI)

VII - Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VII)

VIII - Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VIII)

IX - ONU Mulher; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IX)

X - Artistas e Intelectuais; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, X)

XI - Secretaria de Políticas da Mulher (SPM); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XI)

XII - Comissão de Saúde do Congresso Nacional; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XII)

XIII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIII)

XIV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIV)

XV - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

XVI - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde (ANEPS); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVI)

XVII - Rede de Educação Popular e Saúde (REDPOP). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

§ 3º A coordenação do Comitê de Mobilização Social será responsabilidade do Gabinete do Ministro, com o apoio técnico e institucional da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 3º)

§ 4º O Comitê de Mobilização Social se reunirá semestralmente, ou em caráter extraordinário quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 4º)

Art. 29. Fica instituído o Comitê de Especialistas para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º)

I - contribuir com base em evidências científicas aplicadas à saúde pública para respaldar e aperfeiçoar as diretrizes de ação formuladas. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º, I)

§ 2º O Comitê de Especialistas será composto por representantes da academia com atuação nas áreas afins e profissionais de notório saber no tema específico, compromissados com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e vinculados às entidades a seguir relacionadas: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º)

I - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, II)

III - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, V)

VI - Sociedade Brasileira de Citologia Clínica (SBCC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBCP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VIII)

IX - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IX)

X - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, X)

XI - Instituto de Câncer de São Paulo (ICESP - SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XI)

XII - Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XII)

XIII - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIII)

XIV - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia do HPV (INCT/HPV); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIV)

XV - Hospitais do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (PROADI); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XV)

XVI - Hospital Pérola Byington / Centro de Referência da Mulher (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVI)

XVII - Universidade de Brasília (UNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVII)

XVIII - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVIII)

XIX - Universidade Federal de Goiás (UFG); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIX)

XX - Universidade Federal de São Paulo (USP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XX)

XXI - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXI)

XXII - Universidade do Estado de São Paulo (USP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXII)

XXIII - Fundação Oncocentro de São Paulo (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIII)

XXIV - Centro Estadual de Oncologia (CICAN/SESAB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIV)

XXV - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXV)

XXVI - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

XXVII - Hospital Amaral Carvalho (Jaú - SP); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVII)

XXVIII - Hospital de Câncer de Barretos. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVIII)

XXIX - Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (CONSINCA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXX - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXI - Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXII - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

§ 3º O Comitê de Especialistas será vinculado e coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde e deverá reunir-se pelo menos duas vezes ao ano, ou em caráter extraordinário quando solicitado, conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Outros especialistas ad hoc poderão ser convidados, quando julgado necessário e conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 4º)

Art. 30. Fica instituída a Rede Colaborativa para a Qualificação do Diagnóstico e Tratamento das lesões precursoras do Câncer do Colo do Útero com a responsabilidade de articular e promover a implantação de Centros Qualificadores de Ginecologistas para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero, bem como definir critérios de produção e qualificação para a certificação de serviços de confirmação diagnóstica e de tratamento dessas lesões, entre outras atividades que objetivem aperfeiçoar a linha de cuidado para a prevenção e tratamento do câncer do colo do útero no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Rede Colaborativa será coordenada por comissão composta de representantes dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

III - Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, IV)

V - Instituto de Ginecologia da UFRJ. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, V)

Art. 31. A Secretaria de Atenção a Saúde tomará as devidas providências para a operacionalização do estabelecida neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 4º)

CAPÍTULO VI

DO COMITÊ TÉCNICO ASSESSOR PARA ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

Art. 32. Fica instituído o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 1º)

Art. 33. O referido Comitê terá como atribuição assessorar o Ministério da Saúde na elaboração de políticas, incorporação de novas tecnologias e definição de protocolos. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 2º)

Art. 34. O Comitê, coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a)

1. Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 1)

2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 2)

b) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, c)

d) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, d)

II - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, III)

IV - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, V)

VI - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VIII)

IX - Sociedade Brasileira de Cancerologia; e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IX)

X - Instituições e especialistas na área de oncologia e saúde da mulher convidados pela coordenação. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, X)

CAPÍTULO VII

DO PRIMEIRO TRATAMENTO DO PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA, NO ÂMBITO DO SUS

Art. 35. Este Capítulo dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma do art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 1º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 36. Considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna comprovada com: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º)

I - a realização de terapia cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, I)

II - o início de radioterapia; ou (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, II)

III - o início de quimioterapia. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Os pacientes sem indicação das terapêuticas antitumorais descritas nos incisos I a III do "caput" terão acesso a cuidados paliativos, incluindo-se entre estes o controle da dor crônica, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 37. O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1220/2014)

§ 1º O prazo previsto no "caput" poderá ser reduzido por profissional médico responsável, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Não se aplica o prazo previsto no "caput" aos seguintes casos de neoplasia maligna: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º)

I - câncer não melanótico de pele dos tipos basocelular e espinocelular; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, I)

II - câncer de tireoide sem fatores clínicos pré-operatórios prognósticos de alto risco; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, II)

III - casos sem indicação de tratamento descritos no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, III)

§ 3º Os casos de neoplasia maligna especificados no art. 37, § 2º observarão protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e notas técnicas justificativas publicadas pelo Ministério da Saúde e disponibilizadas por meio dos endereços eletrônicos http://www.saude.gov.br e http://www.inca.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 3º)

Art. 38. Para efetivação do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, observar-se-á o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º)

I - atendimento do paciente no SUS; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, I)

II - registro do resultado do laudo patológico no prontuário do paciente no serviço do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, II)

III - encaminhamento para unidade de referência para tratamento oncológico, incluindo-se a realização do plano terapêutico estabelecido entre a pessoa com câncer, o médico responsável e a equipe de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, III)

Art. 39. Cabe aos serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção observar o fluxo disposto no art. 38 e prestar assistência adequada e oportuna aos usuários com diagnóstico comprovado de neoplasia maligna de acordo com as responsabilidades descritas na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 5º)

Art. 40. O médico e/ou equipe de saúde registrará no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), além de outros dados, as seguintes datas: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º)

I - em que foi firmado o diagnóstico de neoplasia maligna em laudo patológico; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, I)

II - de registro do exame no prontuário do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, II)

III - do primeiro tratamento conforme o art. 37. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A data de que trata o inciso III do "caput" será registrada pelo serviço de saúde para o qual o paciente foi referenciado, após a efetiva realização do primeiro tratamento contra a neoplasia maligna comprovada. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 41. Compete aos Estados, Distrito Federal e Municípios organizar a assistência oncológica e definir fluxos de referência para atendimento dos usuários comprovadamente diagnosticados com neoplasia maligna para o cumprimento do disposto neste Capítulo e em consonância com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. No caso de encaminhamento do usuário para serviços de saúde situados em outro ente federado ou região de saúde, o fluxo de referência de que trata o "caput" será pactuado previamente na respectiva Comissão Intergestores e divulgado para todos os serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 42. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º)

I - prestar apoio e cooperar tecnicamente com os gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para organização dos serviços de saúde a fim de cumprir o disposto neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, I)

II - garantir o financiamento para o tratamento do câncer, nos moldes das pactuações vigentes, de acordo com as suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, II)

III - elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionadas ao tratamento de neoplasias malignas; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, III)

IV - definir diretrizes para a organização das linhas de cuidado na prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, IV)

V - monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com as suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, V)

§ 1º Fica criada Comissão de Monitoramento e Avaliação do cumprimento da Lei nº 12.732, de 2012, de caráter permanente, composta por representantes, um titular e um suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I)

a) do Departamento de Articulação de Redes (DARAS/SAS/MS), que a coordenará; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

b) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, b)

II - da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II)

a) do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SGEP/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, a)

b) do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, b)

III - da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, III)

IV - da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, IV)

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes máximos dos respectivos órgãos e entidades à coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Comissão de Monitoramento e Avaliação poderá convocar servidores das unidades do Ministério da Saúde e da ANVISA para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Compete à Comissão de Monitoramento e Avaliação: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º)

I - garantir o cumprimento do disposto nos incisos I a V do "caput"; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, I)

II - acompanhar o processo de implantação do SISCAN em território nacional; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, II)

III - acompanhar a elaboração e a execução dos planos regionais dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, III)

IV - constituir forças-tarefas específicas, quando necessário, para execução de atividades relacionadas ao cumprimento das competências previstas neste parágrafo; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, IV)

V - realizar outras medidas necessárias para a implementação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, V)

Art. 43. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º)

I - definir estratégias de articulação com as direções municipais do SUS com vistas à elaboração de planos regionais; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, I)

II - realizar o diagnóstico da capacidade instalada com vistas a identificar os espaços territoriais sem serviços de saúde especializados em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, II)

III - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos, quando estiver no seu âmbito de gestão, e pactuar na respectiva Comissão Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, III)

IV - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, IV)

V - promover o apoio necessário à organização da prevenção e controle do câncer nos Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, V)

VI - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, VI)

Art. 44. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10)

I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos e pactuar na respectiva Comissão Intergestores quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, I)

II - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, II)

III - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, III)

Art. 45. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 11)

Art. 46. Compete aos laboratórios públicos e conveniados ao SUS que realizam exame citopatológico ou histopatológico disponibilizar o laudo para: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12)

I - o usuário ou seu representante legal; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, I)

II - o médico responsável pela solicitação; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, II)

III - a unidade de saúde solicitante. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, III)

Art. 47. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as informações descritas no modelo de prontuário disponível no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sas, observado o disposto no art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. As informações exigidas nos termos deste artigo não substituem as informações obrigatórias dos formulários já padronizados no âmbito do SUS de solicitação de exame citopatológico ou histopatológico em caso de suspeita de neoplasia maligna do colo do útero ou de mama. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 48. Os Estados que possuírem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia elaborarão planos regionais mediante pactuação prévia no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartites e, se houver, Comissões Intergestores Regionais para superar essa situação, com posterior envio à Comissão Intergestores Tripartite para conhecimento, a fim de garantir a assistência integral à pessoa com câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. Os Estados e os Municípios não estão eximidos de cumprir o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, durante o tempo em que os planos regionais não estiverem

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

efetivamente implantados e deverão, portanto, garantir o tratamento adequado e oportuno por meio de serviços de referência. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 49. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º)

I - da unidade de saúde requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I)

a) nome; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, a)

b) código do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, b)

II - do paciente: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, a)

b) data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, b)

c) nome completo da mãe; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, c)

d) número do cartão SUS. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, d)

III - dados do caso: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III)

a) tipo de exame solicitado; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, a)

b) localização da lesão; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, b)

c) acometimento de linfonodos; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, c)

d) procedência do material enviado; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, d)

e) tipo de tratamento anterior, se realizado. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, e)

IV - do médico requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, a)

b) número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, b)

c) data da requisição do exame. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, c)

CAPÍTULO VIII
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO V)

Art. 50. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção, prevenção e recuperação dos usuários em relação ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IX
DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 51. As instâncias gestoras do SUS, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), CIB e CIR pactuarão as responsabilidades dos entes federativos nas suas respectivas linhas de cuidado que compõem a Política Nacional para o Controle do Câncer, de acordo com as características demográficas e epidemiológicas e o desenvolvimento econômico-financeiro das regiões de saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. A organização dos critérios das linhas de cuidado priorizadas e de seus componentes será objeto de normas específicas pactuadas na CIT e posteriormente publicadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 52. Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias, e do INCA/SAS/MS, a estruturação e implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 30)

ANEXO X
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Origem: PRT MS/GM 1130/2015)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 1º)

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 2º)

Art. 3º Para fins da PNAISC, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º)

I - criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 10 (dez) anos ou 120 (cento e vinte) meses; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 6 (seis) meses ou 72 (setenta e dois) meses. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 16 (dezesseis) anos ou 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º)

I - direito à vida e à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, I)

II - prioridade absoluta da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, II)

III - acesso universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, III)

IV - integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, IV)

V - equidade em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, V)

VI - ambiente facilitador à vida; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VI)

VII - humanização da atenção; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VII)

VIII - gestão participativa e controle social. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VIII)

Art. 5º A PNAISC possui as seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º)

I - gestão interfederativa das ações de saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, I)

II - organização das ações e serviços na rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, II)

III - promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, III)

IV - fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IV)

V - qualificação da força de trabalho do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, V)

VI - planejamento e desenvolvimento de ações; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VI)

VII - incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VII)

VIII - monitoramento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VIII)

IX - intersetorialidade. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IX)

Art. 6º A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º)

I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, I)

II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, II)

III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, III)

IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, IV)

V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, V)

VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrassetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VI)

VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VII)

Art. 7º São ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º)

I - a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, I)

II - a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, II)

III - a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e debaixo peso, com a utilização do "Método Canguru", conforme Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IV - a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, IV)

V - a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, V)

VI - o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VI)

VII - as triagens neonatais universais. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VII)

Art. 8º São ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º)

I - a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, I)

II - a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, II)

III - a Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, III)

IV - a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, IV)

V - a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, V)

VI - a mobilização social em aleitamento materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, VI)

Parágrafo Único. Os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estão indicados no Anexo 2. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 1º)

Art. 9º São ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º)

I - a disponibilização da "Caderneta de Saúde da Criança", com atualização periódica de seu conteúdo, conforme Anexo 3; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, I)

II - a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, II)

III - o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, III)

IV - o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, IV)

Art. 10. São ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10)

I - a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, I)

II - a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, II)

III - o fomento da atenção e internação domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, III)

Art. 11. São ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11)

I - o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, I)

II - a implementação da "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência"; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, II)

III - a articulação de ações intrassetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, III)

IV - o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, IV)

§ 1º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema único de Saúde - SUS deverão notificar, ao Conselho Tutelar da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 1º)

§ 2º Definir que a notificação de que trata o § 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo 2 do Anexo X , observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento, que deverá ser preenchido em duas vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º, Parágrafo Único) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º)

Art. 12. São ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12)

I - a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, I)

II - o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, II)

III - o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, III)

Art. 13. Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 13)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 14. A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 14)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15)

I - articular e apoiar a implementação da PNAISC, em parceria com os gestores estaduais e municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Nacional de Saúde, considerando as prioridades e as especificidades regionais, estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, II)

III - propor diretrizes, normas, linhas de cuidado e metodologias específicas necessárias à implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, III)

IV - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de implementação de atenção integral à saúde da criança nas regiões de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IV)

V - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, V)

VI - fomentar a qualificação de serviços como centros de apoio e formação em boas práticas em saúde da criança, visando à troca de experiências e de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VI)

VII - monitorar e avaliar os indicadores e as metas nacionais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VII)

VIII - apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VIII)

IX - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IX)

X - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, X)

XI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos nacionais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, XI)

Art. 16. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16)

I - coordenar a implementação da PNAISC no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locorregionais e articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, no âmbito estadual e distrital, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, III)

IV - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito estadual, distrital e municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, IV)

V - monitorar e avaliar os indicadores e as metas estaduais e distritais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, V)

VI - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VI)

VII - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VII)

VIII - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17)

I - implantar/implementar a PNAISC, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais e articular o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde, e no Planejamento Regional; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, I)

II - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, II)

III - monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, III)

IV - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, IV)

V - fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, V)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, VI)

Art. 18. O financiamento da PNAISC é de responsabilidade tripartite, de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 18)

Art. 19. O processo de monitoramento e avaliação da PNAISC ocorrerá de acordo com as pactuações realizadas nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação deverão considerar os indicadores de atenção à saúde da criança, estabelecidos nos instrumentos de gestão do SUS, em âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. A PNAISC contará com documento orientador para sua implementação a ser disponibilizado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 20)

TÍTULO II
DO MÉTODO CANGURU

Art. 21. Fica aprovada a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Art. 1º)

TÍTULO III
DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)

Art. 22. Os Hospitais Amigos da Criança adotarão ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", na forma da Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Atendimento ao Parto Normal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Dentre as ações referidas no "caput", os Hospitais Amigos da Criança garantirão a vinculação da gestante, no último trimestre de gestação, ao estabelecimento hospitalar em que será realizado o parto. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 23. Os Hospitais Amigos da Criança assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na Atenção Básica, bem como o acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 5º)

CAPÍTULO I
DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERATIVOS PELA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO II)

Art. 24. Para gerenciar a implantação e a implementação da IHAC, no âmbito do SUS, ficam estabelecidas as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º)

I - ao Ministério da Saúde (MS) compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I)

a) propor normas e promover condições que qualifiquem os Recursos Humanos para a condução dos processos operacionais e fluxos da IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, a)

b) estabelecer diretrizes para habilitação dos Hospitais Amigos da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, b)

c) realizar as avaliações globais dos estabelecimentos de saúde para serem habilitados à IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, c)

d) publicar atos normativos para habilitação do estabelecimento de saúde na IHAC, bem como para definição do repasse financeiro decorrente desta habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, d)

e) entregar a placa de Hospital Amigo da Criança em solenidade oficial, recomendando-se a participação de 1 (um) representante do Ministério da Saúde, 1 (um) representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1 (um) representante da Secretaria de Saúde do Estado e 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, e)

f) monitorar e avaliar permanentemente a estratégia IHAC no País; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, f)

g) garantir a manutenção do sistema de informação "web" (SISIHAC) para coleta e gerenciamento de dados; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, g)

h) instituir a formação de 5 (cinco) polos de referência no País, com o objetivo de atuar nas atividades relacionadas à IHAC, no âmbito de cada unidade federativa da sua área de abrangência, em concordância com os critérios deste Título. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, h)

II - à Secretaria de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II)

a) coordenar a IHAC no âmbito estadual, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, a)

b) apoiar as Secretarias Municipais de Saúde para habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança dos seus Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, b)

c) disponibilizar profissionais para serem formados como avaliadores da IHAC pelo Ministério da Saúde e para os processos de apoio e avaliação dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, c)

d) promover e organizar solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Município; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, d)

e) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, e)

f) informar à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, f)

g) solicitar ao Ministério da Saúde o descredenciamento de hospital desativado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, g)

III - à Secretaria de Saúde dos Municípios compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III)

a) coordenar a IHAC, no âmbito municipal, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

b) participar, junto à Secretarial de Saúde dos Estados, do apoio à formação dos recursos humanos e à habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, b)

c) promover e organizar a solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, c)

d) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, d)

e) informar à Secretaria de Saúde dos Estados os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, e)

Parágrafo Único. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete os direitos e as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II
DA HABILITAÇÃO À IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO III)

Art. 25. Para serem habilitados à IHAC pelo código 14.16, os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão atender aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º)

I - cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim definidos: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I)

a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, a)

b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, b)

c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, c)

d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, d)

e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, e)

f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, f)

g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, g)

h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, h)

i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, i)

j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, j)

II - cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL); (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, II)

III - garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, III)

IV - cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV)

a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, a)

b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, b)

c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, c)

d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, d)

e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, e)

f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, f)

g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, g)

Parágrafo Único. O critério global Cuidado Amigo da Mulher deverá estar contido em normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 26. Os estabelecimento de saúde públicos e privados interessados em se habilitarem à IHAC, além de cumprirem as exigências do art. 25, deverão: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º)

I - apresentar requerimento por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca e preencher os formulários que estarão disponíveis no sistema de informação do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - realizar autoavaliação na qual o estabelecimento de saúde preencherá o questionário disponível no sistema de informação do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, que será analisado pela Coordenação Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno ou órgão equivalente na Secretaria de Saúde dos Estados e dará continuidade ao processo de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, II)

III - submeter-se à pré-avaliação realizada por avaliadores da IHAC no âmbito estadual; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, III)

IV - submeter-se à Avaliação Global a ser realizada por avaliadores da IHAC coordenada pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, IV)

§ 1º Na hipótese do inciso I do "caput", caso o estabelecimento de saúde não consiga acessar o sistema de informação do Ministério da Saúde, então poderá solicitar e apresentar os formulários de forma física às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Constatado na autoavaliação o cumprimento dos critérios exigidos, será realizada a pré-avaliação por 1 (um) ou 2 (dois) avaliadores da IHAC, indicados pela Secretaria Estadual de Saúde, mediante instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo deslocamento do avaliador para realizar a pré-avaliação em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no Município durante a realização da pré-avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Ao final do processo de pré-avaliação, caso o estabelecimento de saúde não atenda integralmente aos critérios descritos neste Título, a Secretaria Estadual de Saúde estabelecerá o prazo máximo de 90 (noventa) dias para realização de nova pré-avaliação, antes do início de novo processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 4º)

§ 5º A partir da comprovação do cumprimento dos critérios da IHAC na pré-avaliação, o Coordenador Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, ou órgão equivalente, solicitará a Avaliação Global ao Ministério da Saúde, por meio da CGSCAM/DAPES/SAS/MS, para dar continuidade ao processo de habilitação como Hospital Amigo da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 5º)

§ 6º A Avaliação Global analisará os critérios descritos neste Título e será realizada por 2 (dois) avaliadores credenciados e designados pela CGSCAM/DAPES/SAS/MS, sendo 1 (um) do próprio Estado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 6º)

§ 7º Os resultados da Avaliação Global deverão ser lançados no sistema de informação do Ministério da Saúde pelos avaliadores responsáveis. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 7º)

§ 8º Durante o processo da Avaliação Global, o Ministério da Saúde se responsabilizará pelo custeio do deslocamento e hospedagem do avaliador indicado pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo custo de deslocamento e hospedagem de seu respectivo avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 8º)

§ 9º O estabelecimento de saúde que, por ocasião da Avaliação Global, não atender integralmente aos critérios estabelecidos neste Título, terá o prazo de 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e solicitar à Secretaria Estadual de Saúde nova Avaliação Global. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 9º)

§ 10. Na nova avaliação referida no art. 26, § 9º , serão avaliados apenas os critérios não cumpridos na primeira Avaliação Global, caso a segunda ocorra dentro do período de 6 (seis) meses da realização desta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 10)

§ 11. Ultrapassado o período descrito no art. 26, § 10, deverá ser feita nova Avaliação Global, com análise de todos os critérios de habilitação à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 11)

§ 12. Ao final da Avaliação Global, os avaliadores informarão ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente sobre o resultado preliminar da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 12)

Art. 27. Cumpridas satisfatoriamente as exigências e procedimentos descritos nos arts. 25 e 26 do Anexo X , o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º)

§ 1º O estabelecimento de saúde habilitado receberá a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança". (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC terá validade de 3 (três) anos, devendo ser registrada no Selo de Certificação afixado à placa referida no art. 27, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Compete à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) manter os sistemas de informação atualizados com as habilitações aprovadas. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 3º)

CAPÍTULO III
DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 28. Os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC deverão submeter-se anualmente à autoavaliação constante no sistema de informação do Ministério da Saúde, com o apoio das secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10)

§ 1º A liberação do sistema de informação do Ministério da Saúde para inserção dos dados do monitoramento anual será de competência do Ministério da Saúde e ficará disponível do primeiro ao último dia útil do ano, podendo o estabelecimento de saúde preencher o questionário de autoavaliação no período que considerar mais adequado ou quando completar 1 (um) ano após a habilitação na IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º O sistema de informação do Ministério da Saúde será fechado no último dia de cada ano e o balanço dos dados informados será finalizado no último dia do mês de janeiro do ano subsequente, quando será divulgado pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde e aos Hospitais Amigos da Criança do País. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO IV
DA REAVALIAÇÃO TRIENAL
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO V)

Art. 29. A cada 3 (três) anos os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC serão reavaliados, de forma presencial, pelas secretarias de saúde dos estados ou do Distrito Federal, ou, ainda, a qualquer tempo, em virtude de denúncia de irregularidades. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11)

§ 1º Para a realização das reavaliações de que trata o "caput", a Secretária de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal designará 2 (dois) avaliadores, que não poderão manter qualquer vínculo com o estabelecimento de saúde a ser avaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 1º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

§ 2º Os avaliadores responsáveis deverão, ao final da reavaliação trienal, informar ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente, em reunião com toda a equipe, o resultado preliminar. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 2º)

§ 3º A partir do resultado final da reavaliação trienal, os avaliadores deverão registrar os respectivos dados no sistema de informação do Ministério da Saúde, onde serão disponibilizados às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde e ao estabelecimento de saúde reavaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 3º)

§ 4º Constatado, por ocasião da reavaliação de que trata o "caput", que o estabelecimento de saúde não cumpre os critérios deste Título, ser-lhe-á concedido o prazo de até 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e submeter-se a nova reavaliação acerca dos critérios não cumpridos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 4º)

§ 5º Se, por ocasião da nova reavaliação, os critérios ainda não estiverem sendo cumpridos na íntegra, mas forem constatados progressos, o estabelecimento de saúde terá o prazo de até 3 (três) meses para realizar as adequações e ser novamente reavaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 5º)

§ 6º Os resultados da reavaliação promovida pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal serão comunicados à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 6º)

§ 7º Na hipótese de o estabelecimento de saúde continuar não cumprindo os critérios deste Título, a CGSCAM/DAPES/SAS/MS indicará e enviará um avaliador para uma última reavaliação do mesmo. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 7º)

§ 8º Caso o estabelecimento de saúde não seja aprovado na última reavaliação, será automaticamente desabilitado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 8º)

§ 9º Os estabelecimentos de saúde aprovados na reavaliação receberão selo de renovação da habilitação para o próximo período trienal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 9º)

§ 10. A Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal ficará responsável pelo deslocamento dos avaliadores para realizarem as reavaliações em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no município durante a realização da reavaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 10)

CAPÍTULO V
DA DESABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE À IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 30. Serão desabilitados da IHAC os estabelecimentos de saúde que estejam nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12)

I - não for avaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal por 2 (dois) períodos de reavaliação trienal consecutivos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, I)

II - não cumprirem os critérios nas reavaliações trienais; ou (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, II)

III - não realizarem a autoavaliação por 2 (dois) anos consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, III)

§ 1º A desabilitação será feita mediante edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, revogando-se o ato anterior de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º O estabelecimento será notificado para, no prazo de 30 (trinta) dias após a sua desabilitação, devolver a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 2º)

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 31. A CGSCAM/DAPES/SAS/MS atualizará, periodicamente, os manuais instrutivos disponibilizados no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, com detalhamento dos processos de avaliação e monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 15)

Art. 32. A ouvidoria ativa do Ministério da Saúde será um dos instrumentos para direcionar à CGSCAM/DAPES/SAS/MS eventuais denúncias de irregularidades em face das boas práticas da IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 16)

TÍTULO IV
DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Art. 33. Fica disponibilizada gratuitamente a "Caderneta de Saúde da Criança" a todas as crianças nascidas em território nacional, contendo a Informação Básica Comum estabelecida pela Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 1º)

Art. 34. As cadernetas serão distribuídas aos municípios, anualmente, em quantidade suficiente para a disponibilização a todas as crianças nascidas vivas, em maternidades públicas ou privadas, naquele ano, conforme estimativa estabelecida a partir do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), por local de ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 2º)

Art. 35. Toda caderneta de saúde destinada à criança, disponível no País, deverá adequar-se ao disposto na Resolução MERCOSUL/GMC Nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 3º)

Art. 36. Ficam aprovados a Resolução Mercosul/GMC nº 04/05 e seu anexo, na forma do Anexo 6 do Anexo X e do Anexo 7 do Anexo X intitulado "Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança". (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 1º)

Art. 37. O Ministério da Saúde expedirá os atos normativos necessários para dar cumprimento à Resolução citada por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 2º)

TÍTULO V
DO COMITÊ NACIONAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E NEONATAL

Art. 38. Institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 1º)

Art. 39. Fica definida a composição do Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, com os seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IX)

X - 1 (um) representante da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante da Pastoral da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XIII)

Art. 40. Compete ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º)

I - estimular a investigação dos óbitos infantis e fetais pelas equipes de saúde, segundo critérios definidos, preferencialmente com a participação integrada dos profissionais da vigilância epidemiológica e da área de assistência em saúde (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e setores da área de assistência das Secretarias de Saúde); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, I)

II - estimular a realização de análises dos óbitos investigados segundo a possibilidade de sua prevenção, com especial atenção à identificação de problemas relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II)

a) à assistência de saúde prestada à gestante e à criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, a)

b) à organização dos serviços e do sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, b)

c) as condições sociais, da família e da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, c)

III - contribuir para a melhoria da informação em saúde, com a correção das estatísticas oficiais e qualificação das informações sobre nascimentos, óbitos infantis e fetais; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, III)

IV - contribuir para a melhoria dos registros de saúde, por meio da sensibilização dos profissionais para o correto preenchimento de prontuários, fichas de atendimento, Cartão da gestante e Cartão da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IV)

V - acompanhar, assessorar e estimular a constituição de comitês estaduais, regionais, municipais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, V)

VI - avaliar, periodicamente, os principais problemas observados no estudo dos óbitos e das medidas realizadas de intervenção para redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VI)

VII - divulgar, sistematicamente, os resultados e experiências bem sucedidas, com elaboração de material específico (relatórios/boletim periódicos); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VII)

VIII - elaborar propostas para a construção de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VIII)

IX - promover a mobilização do poder público, instituições e sociedade civil com vistas à prevenção da mortalidade infantil e fetal; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IX)

X - promover seminários, oficinas e encontros nacionais para sensibilização, troca de experiências e avaliação dos trabalhos no âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, X)

TÍTULO VI

DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUE OFEREÇAM ATENDIMENTO PEDIÁTRICO EM REGIME DE INTERNAÇÃO

Art. 41. Fica aprovado, na forma do art. 251 da Portaria de Consolidação nº 6, o Regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO X

Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Anexo 1)

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

I - INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

A presente Norma deverá ser implantada nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). As Unidades que já possuem esse Método de atendimento deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas as novas adaptações que visam melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

A adoção dessa estratégia contribui para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família.

Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a tomada de condutas que visem a um atendimento adequado ao recém-nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento familiar.

Definição

1. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social.

2. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Normas Gerais

1. A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente uma mudança de atitude na abordagem do recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização.

2. O método descrito não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras, já que estas situações têm as suas indicações bem estabelecidas.

3. O Método não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.

4. O início da atenção adequada ao RN antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de recém-nascidos de baixo peso; para elas devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

5. Nas situações em que há risco de nascimento de crianças com baixo peso, é recomendável encaminhar à gestante para os cuidados de referência, uma vez que essa é a maneira mais segura de atenção.

6. Na 2ª etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação da criança e da mãe.

7. Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru.

8. A presença de berço no alojamento de mãe e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a criança ali permaneça na hora do exame clínico, durante o asseio da criança e da mãe e nos momentos em que a mãe e a equipe de saúde acharem necessários.

9. São atribuições da equipe de saúde:

- orientar a mãe e a família em todas as etapas do método

- oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos

- encorajar o aleitamento materno

- desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição

- desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar

- participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção

- orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.

Vantagens

- aumenta o vínculo mãe-filho - reduz o tempo de separação mãe-filho

- melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso.

- estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração

- permite um controle térmico adequado - favorece a estimulação sensorial adequada do RN

- contribui para a redução do risco de infecção hospitalar

- reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso

- propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde

- possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar

- contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos

População a ser atendida

- gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso

- recém-nascidos de baixo peso

- mãe, pai e família do recém-nascido de baixo peso

Aplicação do método

O método será desenvolvido em três etapas:

- 1ª etapa

Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal.

- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário.

- Propiciar sempre que possível o contato com o bebê.

- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais.

- Oferecer suporte para a amamentação.

- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade

- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem estar do bebê.

- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências.

- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário.

- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos.

- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê.

- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.

- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento.

- Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa:

- Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos estados e/ou municípios

- Refeições durante a permanência na unidade pelos estados e/ou municípios

- Assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso

- Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

2ª etapa

Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um "estágio" pré-alta hospitalar.

2.1 São critérios de elegibilidade para a permanência nessa etapa:

2.1.2 Do bebê

- estabilidade clínica

- nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo)

- peso mínimo de 1.250g

2.1.2 Da mãe

- desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio de risco do recém-nascido.

- consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde

- capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido.

- conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru

2.2 Permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades.

2.3 Acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário.

2.4 Cada serviço deverá utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais.

2.5 A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contraindicam a permanência nessa etapa.

2.6 São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê

- compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível

- peso mínimo de 1.600g

- ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta

- sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação

- assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g

- a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana

- garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

3.3ª etapa

Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial.

3.1 Ambulatório de acompanhamento São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida

- avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte

- apoiar a manutenção de rede social de apoio

- corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias

- orientar e acompanhar tratamentos especializados

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

- orientar esquema adequado de imunizações

3.2 O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores

- o atendimento, quando necessário deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar

- ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite

- o tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade

- após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde Recursos para a implantação

1. Recursos Humanos

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método

A equipe multiprofissional deve ser constituída por:

- Médicos

- pediatras e/ou neonatologistas (cobertura de 24 horas)

- obstetras (cobertura de 24 horas)

- oftalmologista

- enfermeiros (cobertura de 24 horas)

- psicólogos

- fisioterapeutas

- terapeutas ocupacionais

- assistentes sociais

- fonoaudiólogos

- nutricionistas

- técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios com cobertura 24 horas).

2. Recursos Físicos

2.1 Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descrito nas etapas 1 e 2 dessa Norma. É importante que essas áreas permitam a colocação de assentos removíveis (cadeiras - bancos) para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 Os quartos ou enfermarias para a 2ª etapa deverão obedecer à Norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5m² para cada conjunto leito materno/berço do recém-nascido.

2.3 Recomenda-se que a localização desses quartos proporcione facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 Objetivando melhor funcionamento, o número de binômios por enfermaria deverá ser de, no máximo, seis.

2.5 O posto de enfermagem deverá localizar-se próximo a essas enfermarias.

2.6 Cada enfermaria deverá possuir um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

3. Recursos Materiais

3.1 Na 2ª etapa, na área destinada a cada binômio, serão localizados: cama, berço (de utilização eventual, mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira elevada), aspirador a vácuo, central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 Carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

Avaliação do método

Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- morbidade e mortalidade neonatal.

- taxas de reinternação.

- crescimento e desenvolvimento

- grau de satisfação e segurança materna e familiar

- prevalência do aleitamento materno

- desempenho e satisfação da equipe de saúde

- conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança

- tempo de permanência intra-hospitalar

A equipe técnica da Saúde da Criança/MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

ANEXO 2 DO ANEXO X

Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Anexo 1)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade - Lei n° 8.069, de 13.07.90 - Estatuto da Criança e do Adolescente)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO
Data do atendimento: _____/_____/_____
Unidade:
Endereço da unidade:
Telefones:
Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional):

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE		
Nome:		
DN: _____/_____/_____		
Idade:	Sexo:	Registro na unidade:
Filiação:		
Responsável (eis) Legal (eis)):		
Acompanhamento:		
Grau de Relacionamento:		
Endereço:		
Telefone para contato:		
Referência para localização:		

III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores) Maus-tratos identificados/Causador(es) provável dos maus-tratos:				
Abuso Físico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Sexual	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Psicológico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Negligência	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abandono	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____

Outras síndromes especificadas de maus-tratos: _____

Síndrome não especificada de maus-tratos: _____

Descrição sumária do ocorrido:

_____

_____

_____

_____

IV - DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnase e exame físico que sugiram a partir da caracterização de maus-tratos)

_____

_____

_____

_____

V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE

_____

_____

_____

_____

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____ em _____/_____/_____

_____ Ver instrutivo no
ATENÇÃO: verso da ficha

assinatura e Carimbo da Direção

ANEXO 3 DO ANEXO X

TABELA DE HABILITAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 1)

Tabela de Habilitação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Código da habilitação	Nome da habilitação	Tipo de habilitação
14.16	Hospital Amigo da Criança	Centralizada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

ANEXO 4 DO ANEXO X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 2)

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.003-9	Parto Normal	17%
04.11.01.003-4	Parto Cesariano	8,5%
03.10.01.004-7	Parto Normal em Gestação de alto Risco	5%
04.11.01.002-6	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	2,5%
04.11.01.004-2	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO 5 DO ANEXO X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 3)

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.002-0	Parto Normal	8,5%
	Parto Cesariano	8,5%
	Parto Normal em Gestação de alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO 6 DO ANEXO X

MERCOSUL/GMC/RES. N° 04/05 (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1)

Art. 1º Aprovar a "Informação Básica Comum para a Cadernetade Saúde da Criança", que consta como Anexo e faz parte da referida Resolução. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º A Caderneta de Saúde da Criança deve incluir o período compreendido entre o nascimento e a idade definida por cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 2º)

Art. 3º A informação básica comum deverá estar incluída na Caderneta de Saúde da Criança de cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Cada Estado Parte, de acordo com seu critério poderá agregar outros requisitos na normativa nacional ou local e/ou aumentar os requisitos referidos. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 4º)

Art. 5º Os Estados Partes colocarão em vigência as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para dar cumprimento à referida Resolução através dos seguintes organismos: (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - Brasil: Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - Paraguai: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; e (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - Uruguai: Ministerio de Salud Pública. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

Art. 6º Os Estados Partes do MERCOSUL deverão incorporar a referida Resolução aos seus ordenamentos jurídicos nacionais antes de 31 de dezembro de 2005. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 6º)

ANEXO 7 DO ANEXO X

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 2)

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Os conteúdos incluem:

1. Dados pessoais:

sobrenome(s)

nome(s)

sexo: M F

data de nascimento

local de nascimento

número e tipo de documento

endereço

2. Dados maternos:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

3. Dados paternos:

sobrenome(s)

nome(s)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

* número do documento

* local e data de nascimento

4. Dados do responsável:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

**** No caso brasileiro, o cartão SUS da criança contemplará os dados referentes aos pais ou responsáveis.***

5. Dados da gravidez e parto:

gravidez:

nº de controles pré-natais pelo pessoal que os realizou (médico, enfermeira, outros)

gravidez: simples, múltipla

vacinas recebidas

sorologia: não, sim, resultados: negativo, positivo

tratamentos

grupo sangüíneo fator RH

tipo de parto: vaginal cefálica, vaginal podálica, cesárea, fórceps, outro

lugar: institucional ou não

f) patologias detectadas na gravidez, parto e puerpério

g) recém-nascido:

peso de nascimento, tamanho, perímetro cefálico

idade gestacional (semana)

Chorou ao nascer (em caso de parto não institucional): imediatamente ou demorou a chorar.

pontuação de APGAR: (parto institucional) com cinco minutos

reanimação: Não Sim

grupo sangüíneo RH

anormalidade e malformações detectadas

patologias intercorrente

h) alimentação na alta:

aleitamento materno exclusivo

mista

artificial

i) espaço para anotação de doenças padecidas e tratamentos efetuados. Contém data, idade, diagnóstico, assinatura e carimbo do médico responsável.

j) tabela de crescimento

k) alimentação

l) desenvolvimento até um ano de vida

m) calendário de vacinação, com as vacinas recebidas

n) espaço para observações referentes à saúde bucal, ocular e auditiva.

ANEXO 8 DO ANEXO X

REGULAMENTO DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1)

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 1º A Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, tem por objetivo a obrigatoriedade, por parte dos hospitais que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, de contarem com brinquedotecas em suas dependências. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º Tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 2º)

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO II)

Art. 3º Entende-se por brinquedoteca o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo e afeto entre as crianças e seu meio social. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Entende-se por atendimento pediátrico, para efeitos da Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, a atenção dispensada à criança de 28 dias a 12 anos, em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 4º)

CAPÍTULO III

DAS DIRETRIZES

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 5º Para o cumprimento do disposto nos artigos anteriores, deverão ser observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - os estabelecimentos hospitalares pediátricos deverão disponibilizar brinquedos variados, bem como propiciar atividades com jogos, brinquedos, figuras, leitura e entretenimento nas unidades de internação e tratamento pediátrico como instrumentos de aprendizagem educacional e de estímulos positivos na recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - agregação de estímulos positivos ao processo de cura, proporcionando o brincar como forma de lazer, alívio de tensões e como instrumento privilegiado de crescimento e desenvolvimento infantil; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - ampliação do alcance do brincar para a família e os acompanhantes das crianças internadas, proporcionando momentos de diálogos entre os familiares, as crianças e a equipe, facilitando a integração entre os pacientes e o corpo funcional do hospital; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - a implementação da brinquedoteca deverá ser precedida de um trabalho de divulgação e sensibilização junto à equipe do Hospital e de Voluntários, que deverá estimular e facilitar o acesso das crianças aos brinquedos, do jogos e aos livros. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, V)

CAPÍTULO IV
DO DIMENSIONAMENTO DA BRINQUEDOTECA
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO IV)

Art. 6º O dimensionamento da brinquedoteca deve atender à RDC/ANVISA nº 50/2002, conforme descrito na Tabela Unidade Funcional: 3 - Internação: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º)

I - para os hospitais já em funcionamento e que não possuem condições de criar este ambiente específico é permitido compartilhamento com ambiente de refeitório desde que fiquem definidos os horários para o desenvolvimento de cada uma das atividades; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - deve ser prevista uma área para guarda e higienização dos brinquedos; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - a higienização dos brinquedos deve ser conforme o definido pela Comissão de Controle de Infecção do Hospital (CCIH); (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - os horários de funcionamento devem ser definidos pela direção do hospital, tendo a criança livre acesso; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - para as crianças impossibilitadas de andar ou sair do leito, os profissionais devem facilitar o acesso desses pacientes às atividades desenvolvidas pela brinquedoteca, dentro das enfermarias. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, V)

CAPÍTULO V
DOS PROFISSIONAIS
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO V)

Art. 7º A qualificação e o número de membros da equipe serão determinados pelas necessidades de cada instituição, podendo funcionar com equipes de profissionais especializados, equipes de voluntários ou equipes mistas. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 7º)

CAPÍTULO VI
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VI)

Art. 8º O financiamento para a criação das brinquedotecas contarão com subsídios do próprio estabelecimento hospitalar pediátrico ou com subsídios externos nacionais ou estrangeiros, recursos públicos ou privados. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 8º)

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VII)

Art. 9º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e as diretrizes para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da criança, cujas ações serão executadas pela Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 9º)

Art. 10. Para os fins previstos neste Regulamento, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os estados, os municípios e as entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde da criança, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 3º. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. Os casos omissos nesse Regulamento serão resolvidos com o apoio do Ministério da Saúde no que lhe couber. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 11)

ANEXO XI
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo 1 do Anexo XI . (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XI
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

1. FINALIDADE

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Considerando:

a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;

b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;

c) o conhecimento atual da Ciência;

d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;

e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;

f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e

g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;

b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e

d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

2. JUSTIFICATIVA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa et al., 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante conseqüência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.
Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional -. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

2.1. O Grande Desafio: o Envelhecimento Populacional em Condição de Desigualdade Social e de Gênero
Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al, 1999). Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinqüenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al, 2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).

Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (Camarano & Pasinato, 2004). No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório “V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil”. De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o País, o que representa 0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem maior levando-se em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Cumpre notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003). Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003).

2.2. Contextualização: Responder às Demandas das Pessoas Idosas mais Frágeis dentre a População em Maior Risco de Vulnerabilidade

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994), a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima-Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

3. DIRETRIZES

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (Plano de Madri, Artigo 6 º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;

b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;

c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;

f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

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

h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e

i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). O Relatório Healthy People 2000 da OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde. Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal - cuidado consigo mesmo - ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (OMS, 2002).

Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

Aproveitar todas as oportunidades para:

a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;

b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;

c) valorizar e respeitar a velhice;

d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;

e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;

f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;

g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;

h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;

i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;

j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;

l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;

m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;

n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;

o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;

p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;

q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;

r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS;

s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;

t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e

u) articular as ações do SUS com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

3.2. Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.
Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

Incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa: reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no SUS.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de autoajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adscrita à equipe do Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da Estratégia Saúde da Família, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional - acamados -, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) - como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão - e qual a proporção de idosos independentes.

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos comporão a base da pirâmide.

Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) - preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva -, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior freqüência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional - acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros -, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção - primária, secundária e terciária -, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

3.3. Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da Atenção

A prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.

3.4. Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação:

a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos;

b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS;

c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa;

d) produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

e) implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso; e

f) determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

3.5. Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências.

Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

3.6. Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS

As medidas a serem adotadas buscarão:

a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;

c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais eculturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;

d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;

e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; e

f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

3.7. Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas.
3.8. Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando:

a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações;

c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; e

g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

4.1. Gestor Federal

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa;

d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional;

f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política.

4.2. Gestor Estadual

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;

e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;

f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e

j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.

4.3. Gestor Municipal:

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;

e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;

f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

5. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados.

5.1. Educação

a) inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;

b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.2. Previdência Social

a) realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; e

b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.3. Sistema Único de Assistência Social:

a) reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde;

b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira;

c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob risco social;

d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;

e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;

f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;

g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;

h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de autoajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;

i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96;

j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considerem as pessoas, suas circunstâncias e o suporte social e que atuem como aliadas no processo de desenvolvimento humano e social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social especial;

k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, eqüidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo o acesso à informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária; e

l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.

5.4. Trabalho e Emprego:

a) elaboração, implantação e implementação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado;

b) implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades; e

c) levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho, identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações.

5.5. Desenvolvimento Urbano:

a) implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei nº 5296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa; e

b) promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos indivíduos idosos.

5.6. Transportes:

a) implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004.

5.7. Justiça e Direitos Humanos:

a) promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e seu regulamento (Decreto nº 1.948/96), bem como a Lei nº 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso.

5.8. Esporte e Lazer

a) estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas.

5.9.Ciência e Tecnologia:

Fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e demais órgãos de incentivo à pesquisa, contemplando estudos e pesquisas que estejam, prioritariamente, alinhados com as diretrizes propostas nesta Política.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito - e, consequentemente, o seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos -, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos.
É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do art. 7º da Lei nº 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa;

b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e

c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

ANEXO 2 DO ANEXO XI

Obrigatoriedade da viabilização de meios que permitam a presença de acompanhantes a pacientes idosos em hospitais públicos (Origem: PRT MS/GM 280/1999)

Art. 1º É obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º)

§ 1º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no art. 1º, as internações em Unidade de Tratamento Intensivo, ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contraindicada a presença de acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico assistente. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 2º)

~~**ANEXO XII**~~

~~Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Origem: PRT MS/GM 1944/2009)~~

~~**Art. 1º** Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º)~~

~~**Parágrafo Único.** A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)~~

~~**Art. 2º** A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de que trata o art. 1º, será regida pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º)~~

~~**I -** universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, I)~~

~~**II -** humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, II)~~

~~**III -** corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, III)~~

~~**IV -** orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, IV)~~

~~**Art. 3º** A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º)~~

~~**I -** integralidade, que abrange: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I)~~

~~**a)** assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, a)~~

~~**b)** compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, b)~~

~~**II -** organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, II)~~

~~**III -** implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, III)~~

~~**IV -** priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, IV)~~

~~**V -** reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, V)~~

~~**VI -** integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, VI)~~

~~**Art. 4º** São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º)~~

~~**I -** promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, I)~~

~~**II -** captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, II)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, III)

IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IV)

V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, V)

VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VI)

VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VII)

VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VIII)

IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IX)

X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, X)

XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XI)

XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XII)

XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIII)

XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIV)

XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XV)

XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVI)

XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVII)

Art. 5º Compete à União: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º)

I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos estados e aos municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, II)

III - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, III)

IV - promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IV)

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, V)

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VI)

VII - estabelecer parceria com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais e as entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a fim de possibilitar a colaboração técnica, no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VII)

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os estados e os municípios; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VIII)

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IX)

X - estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, X)

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XI)

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XII)

XIII - elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XIII)

Art. 6º Compete aos estados: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º)

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos municípios visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

~~**III -** acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, III)~~

~~**IV -** coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IV)~~

~~**V -** promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, V)~~

~~**VI -** elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os municípios na implementação desses protocolos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VI)~~

~~**VII -** promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VII)~~

~~**VIII -** estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VIII)~~

~~**IX -** incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IX)~~

~~**X -** capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, X)~~

~~**XI -** analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, XI)~~

~~**Art. 7º** Compete aos municípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º)~~

~~**I -** implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, I)~~

~~**II -** apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, II)~~

~~**III -** implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, III)~~

~~**IV -** promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IV)~~

~~**V -** incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, V)~~

~~**VI -** implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VI)~~

~~**VII -** promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VII)~~

~~**VIII -** promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VIII)~~

~~**IX -** estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IX)~~

~~**X -** capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, X)~~

~~**XI -** analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, XI)~~

~~**Art. 8º** O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º)~~

~~**§ 1º** A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, consequentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 1º)~~

~~**§ 2º** Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 2º)~~

~~**§ 3º** Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 3º)~~

ANEXO XII
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento aos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, respeitando as diferentes expressões de masculinidades. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 2º A PNAISH atua na promoção da universalidade, integralidade e equidade na atenção e proteção à saúde, direcionada à continuidade do cuidado individual e coletivo da população masculina, seguindo os princípios e diretrizes

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

do SUS, conforme disposto no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas à população masculina: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - reconhecimento dos determinantes sociais, dos modos de vida e da situação social da população masculina, a fim de estabelecer ações de promoção e prevenção à saúde, estimulando a autonomia, o cuidado e o autocuidado dos homens; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - implementação hierarquizada, articulada e integrada da política, priorizando a atenção primária como ordenadora do cuidado, com foco na Estratégia de Saúde da Família, considerando as redes de atenção do SUS, conforme prevê o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - incorporação das questões das masculinidades, em interface com os demais marcadores sociais, como raça/cor, etnia, orientação sexual, faixa etária, deficiência, assim como, as vulnerabilidades sociais e culturais nas práticas de saúde, em especial, no cuidado e autocuidado à saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - organização e qualificação dos serviços e ações de saúde de modo a acolher os homens em suas singularidades e diversidades, de forma que os mesmos se sintam integrados no SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VI - assistência à saúde do usuário, em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça fluxo e referência entre a atenção primária e atenção especializada, assegurando projeto terapêutico singular com integralidade do cuidado à saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VII - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - ampliar e qualificar o acesso da população masculina adulta - 20 (vinte) a 59 (cinquenta e nove) anos - aos serviços de saúde do Brasil, considerando a integralidade, o enfoque sobre as masculinidades e a transversalização com os demais ciclos de vida; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família e comunidade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - organizar, implementar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade do atendimento para o enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina, estimulando o autocuidado, de acordo com a realidade dos territórios e respeitando as especificidades das masculinidades; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - promover junto à população masculina atividades de prevenção relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VII - fomentar a ampliação do acesso da população masculina aos serviços de atenção primária e atenção especializada no SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VIII - capacitar e qualificar os profissionais da atenção primária e especializada do SUS para o acolhimento e atendimento à saúde da população masculina, considerando suas demandas específicas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IX - reconhecer e fortalecer a responsabilidade integrada e articulada das três esferas de gestão e de controle social, de acordo com as competências de cada um, conforme as Lei nº 8.080, de 1990, Lei nº 8.142, de 1990, e Lei Complementar nº 141, de 2012; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

X - promover a atenção integral à saúde dos homens em situação de vulnerabilidade social; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XI - implantar e implementar ações de atenção à saúde mental e psicossocial, considerando as especificidades e diversidade dos homens, a construção sociocultural das masculinidades, reconhecendo as determinações sociais, entre essas, as violências e uso abusivo de álcool e outras drogas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XII - implantar e implementar ações de promoção da sexualidade responsável e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, além das ações de assistência às disfunções sexuais e reprodutivas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XIII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, estimulando a participação e inclusão dos homens e reconhecendo as diferentes expressões de masculinidades, enfocando as ações educativas, especialmente no que se refere ao exercício da paternidade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XIV - promover a prevenção e o controle das infecções sexualmente transmissíveis, em especial, da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites virais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XV - garantir a oferta de métodos de contracepção para os homens, como o preservativo masculino e a cirurgia voluntária masculina, a vasectomia, nos termos da legislação específica; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XVI - promover ações de prevenção que visem a redução da morbimortalidade por causas externas, como acidentes de transporte, acidentes de trabalho, violências e suicídio; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XVII - fomentar o aperfeiçoamento dos sistemas de informação de modo a possibilitar um melhor monitoramento da política e que contribua de forma mais efetiva para tomada de decisão da gestão sobre temáticas relativas à saúde do homem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XVIII - promover e realizar ações de monitoramento e avaliação da Política, contribuindo para seu aperfeiçoamento e planejamento de suas ações e estratégias; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

XIX - realizar e apoiar estudos e pesquisas que contribuam com a construção de indicadores de saúde dos homens e avaliação para melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XX - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

CAPÍTULO II
DA IMPLEMENTAÇÃO E COMPETÊNCIAS
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 5º Para atingir seus objetivos, relacionados a promover a melhoria das condições de saúde da população masculina adulta, esta política deve ser desenvolvida a partir de 5 (cinco) eixos temáticos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - acesso e acolhimento: objetiva reorganizar as ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados e acesso à saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - sexualidade responsável e planejamento familiar: busca sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos na promoção da sexualidade responsável e no planejamento familiar, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - paternidade e cuidado: objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens no exercício da paternidade em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus(uas) filhos(as), destacando como esta participação pode promover saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas(eus) parceiras(os); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - doenças prevalentes na população masculina: busca fortalecer a atenção primária no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde mais prevalentes na população masculina; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - prevenção de violências e acidentes: visa a propor e desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina com as violências e acidentes, sensibilizando os profissionais e gestores de saúde, além da população em geral sobre o tema, com o desenvolvimento de estratégias de prevenção no âmbito dos serviços de saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 6º Compete à União: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implantação e implementação da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e aos Municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades loco regionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - promover ações educativas, considerando os padrões de identidades masculinas e seus impactos sobre a saúde dos homens; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam contribuir com o aprimoramento da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores (as) e Gestores (as) do SUS, voltadas para a PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VII - estabelecer parcerias com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais, entidades de profissionais de saúde e sociedade civil organizada, cujas atividades tenham afinidade com as diretrizes e objetivos da PNAISH, a fim de possibilitar a cooperação técnica, no âmbito dos planos, programas e/ou projetos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os Estados e os Municípios; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando a difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

X - estimular e apoiar a participação social, comunitária, de setores organizados da sociedade e nas instâncias deliberativas do SUS, com foco no controle social da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos (as) trabalhadores (as) da saúde para a atenção à saúde dos homens; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação da PNAISH, considerando planos, ações e serviços de saúde voltados para a população masculina. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 7º Compete aos Estados: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - estimular e prestar cooperação técnica aos Municípios visando à implantação e implementação da PNAISH, de modo a valorizar e respeitar as diversidades loco regionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a PNAISH, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades loco regionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores (as) e Gestores (as) do SUS voltadas para a PNAISH, respeitando-se as especificidades loco regionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VI - elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação desses protocolos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VIII - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IX - incentivar e articular, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

X - desenvolver ações de capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para acolhimento e atendimento dos homens no SUS; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores e trabalhadores monitorar as ações e serviços de saúde, e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias, no âmbito de sua competência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 8º Compete aos Municípios: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

I - implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a PNAISH, priorizando a atenção primária, com foco na Estratégia de Saúde da Família; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

II - apoiar tecnicamente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

III - implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores (as) e Gestores (as) do SUS voltadas para a PNAISH, respeitando-se as especificidades loco regionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IV - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

V - incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção à saúde do homem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VI - implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VII - promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipe de saúde para execução das ações propostas na PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

VIII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando a difundir a PNAISH; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

IX - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão sobre as questões pertinentes à PNAISH, com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

X - desenvolver ações de capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para acolhimento e atendimento do homem no SUS; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias ou atividades que se fizerem necessárias, no âmbito de sua competência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 9º Poderá ser realizado incentivo financeiro federal para apoio à implementação e fortalecimento da PNAISH, por meio de transferência de recursos, editais destinados aos Estados e Distrito Federal com apresentação de projetos de acordo com critérios estabelecidos ou outras estratégias de financiamento para a qualificação da gestão da PNAISH no SUS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

CAPÍTULO III

DISPOSIÇÕES FINAIS

(Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 10. O processo de monitoramento e avaliação da implementação do incentivo financeiro para apoio à implementação e fortalecimento da PNAISH deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, observados os indicadores de monitoramento pactuados no Plano Nacional de Saúde pelo Controle Social do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

§ 1º A avaliação e o monitoramento têm como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade e resultado sobre a saúde dos homens e, consequentemente, sobre a qualidade de vida dessa população. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

§ 2º Deverá ocorrer avaliação detalhada e monitoramento da PNAISH por meio de planos, programas, projetos, ações e estratégias estabelecidas pelas três esferas da gestão, no âmbito de cada competência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, devem ser previamente definidos critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar ou incorporar novas diretrizes a partir de diretrizes apresentadas pelos entes no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

Art. 11. A PNAISH contará com documento orientador para sua implementação, a ser disponibilizado pela Coordenação de Saúde do Homem, da Coordenação Geral de Ciclos de Vida do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (COSAH/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS), no endereço eletrônico "https://www.gov.br/saude/pt-br". (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.562 de 12.12.2021)

ANEXO XIII

Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo 1 do Anexo XIII . (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. A aprovação de que trata este artigo tem como objetivo a reabilitação da pessoa com deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIII

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Anexo 1)

POLITICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas com deficiência nos mais diferentes campos e aspectos. A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis n.º 7.853/89 e n.º 8.080/90 - a chamada Lei Orgânica da Saúde -, bem como o Decreto n.º 3298/99.

Em seu art. 23, Capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências".

Já a Lei n.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas com deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2º, Inciso II).

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), constantes da Lei Orgânica da Saúde, destaca-se o relativo "à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral", bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7º, incisos I, II, III e IV).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto anteriormente mencionado que considera “pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano."

O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando, de uma forma ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência. O marco dessa evolução é a década de 60, em cujo período tem início o processo de formulação de um conceito de deficiência, no qual é refletida a “estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas portadoras de deficiência, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão" (Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde - do Ministério da Justiça, 1996, p.12). Tal concepção passou a ser adotada em todo mundo, a partir da divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela ONU, em 1982.

Um outro marco foi a declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) que fixou 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, colocando em evidência e em discussão, entre os países membros, a situação da população com deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação. A principal consequência daquele Ano Internacional foi a aprovação na assembleia geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, referido anteriormente (Resolução 37/52).

Esse documento ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social.

Nesse Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população com deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e execução de suas políticas, planos e programas voltados a estas pessoas.

No âmbito específico do setor, cabe registro a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1989, que definiu deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta - devida a uma deficiência - da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais).

A OMS, quase dez anos depois - em 1997 -, reapresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora denominada Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2), o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, ao invés da valorização das incapacidades e das limitações.

O CIDDM-2 concebe a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Já a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até as habilidades e condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, essa Classificação Internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental.

Essa nova abordagem representa um outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

Na raiz dessa nova abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida "como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos." (Sassaki,1997, p.3).

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social, e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender as necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas com deficiência significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade.

Em alguns países, como os Estados Unidos e o Canadá, são consideradas pessoas com incapacidades todas aquelas que têm alguma desvantagem e ou dificuldade de desempenho funcional, o que engloba a população de idosos e de pessoas com doenças crônicas potencialmente incapacitantes. No Brasil, a cultura vigente e a definição legal

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com deficiências mental, motor, sensorial e múltiplo.

Para fins de delimitação da problemática das deficiências no Brasil, são apresentados neste documento os tipos de deficiências mais abrangentes e frequentes, segundo a classificação adotada pela OMS, ou seja, as pessoas com deficiência mental, motora, auditiva, visual e múltipla.

O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, é muito difícil em razão da inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional, produzidos sistematicamente, que retratem de forma atualizada a realidade do País nesta área. A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz possui algum tipo de deficiência, das quais: 5% é pessoa com deficiência mental; 2% com deficiência física; 1,5% com deficiência auditiva; 0,5% com deficiência visual; e 1% com deficiência múltipla.

Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas com deficiência.

A Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (Pnad), realizada em 1981, incluiu questões relativas à deficiência: número e tipos de deficientes e assistência recebida. O resultado mostrou que 2% da população são de pessoas com deficiência, das quais quase a metade diz respeito à deficiência motora. Essa pesquisa aponta, da mesma forma que o Censo realizado em 1991, uma maior prevalência de incapacidades sensoriais e motoras na população acima de 50 anos de idade.

Os resultados do Censo de 1991, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam um percentual de 1,14% de pessoas com deficiência na população brasileira. Nesse Censo, foram considerados apenas os que responderam de forma positiva aos quesitos de maior grau de deficiência.

Apesar dessa limitação metodológica, o inquérito censitário traz alguns indicativos importantes. De acordo com dados desse Censo, em relação à deficiência mental há um significativo aumento a partir dos cinco anos de idade, mostrando não só o papel da escola na identificação da deficiência, mas apontando para a necessidade de um diagnóstico mais precoce, bem como para avaliações educacionais mais precisas, evitando-se correr o risco de enquadrar como pessoas com deficiência mental outras pessoas com problemas psicológicos, neurológicos ou mesmo socioeconômicos, que interferem no processo de aprendizagem.

Em relação a gênero, o Censo mostrou que 50,4% da população geral eram do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. Já a população de deficientes apresentou-se de forma inversa: 44,4% do sexo feminino e 55,65 do masculino. A diferença maior ocorre quanto à deficiência mental e, principalmente, a deficiência motora. A maior prevalência de deficiência motora na população masculina, predominante entre jovens e adultos, sugere decorrer sobretudo das causas externas, tais como os acidentes de trabalho, de trânsito etc. De outra parte, não se encontra justificativa para a incidência maior de deficiência mental no sexo masculino até a faixa etária de 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, a situação se inverte com predomínio de deficiência mental no sexo feminino. Vários fatores poderão estar relacionados, destacando-se, em especial, o aumento da vida média da população feminina.

Os resultados do Censo 91, por outro lado, não indicam diferença na prevalência de deficiências entre as populações urbanas e rurais; em relação à deficiência motora especificamente, há um relativo aumento na faixa de 20 anos ou mais de idade na população da região urbana, justificável pelos mesmos fatores citados anteriormente (violências e acidentes).

Tanto os resultados da Pnad/81 quanto os do Censo/91, ambos por amostragem e de abrangência nacional, apresentam percentuais inferiores aos estimados pela OMS. Essa diferença pode estar relacionada aos procedimentos metodológicos, como os critérios para definição da amostra ou, ainda, a dificuldades na coleta de dados e a própria conceituação de deficiência, seus tipos e graus, adotados por essas pesquisas.

A grande diferença entre os percentuais encontrados é uma demonstração de que não se dispõe de dados de abrangência nacional e representativos da magnitude do problema. Os números estimados pela OMS, assim como os do Censo e da Pnad, parecem não representar, na média, a realidade do País no que diz respeito à prevalência de deficiências, considerando as diversidades regionais e seus impactos nas condições de vida e saúde da população. As causas, assim como as consequências da deficiência, seja no nível individual do próprio deficiente, seja no nível de toda a sociedade, variam de país para país e resultam das circunstâncias socioeconômicas e das diferentes políticas que os estados adotam com vistas ao bem-estar dos seus cidadãos (Corde,1996).

As principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e de drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabetes, o infarto, os acidentes vásculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros. As doenças cerebrovasculares são a terceira causa de morte no Brasil, com prevalência de 5,8 casos por mil habitantes, acima de 25 anos de idade, significando algo em torno de 100 mil óbitos anuais (Datasus, 1997).

Essas doenças cerebrovasculares têm potencial altamente incapacitante. Estatísticas norte-americanas indicam que, para cada óbito em decorrência dessas doenças, pode haver mais de uma sobrevida.

Estima-se que, nos Estados Unidos, existam 612 hemiplégicos por 100 mil habitantes (Hamillar,1997).

Dados obtidos pelo Datasus demonstram que na cidade de São Paulo, no período 1997/98, a curva de crescimento da ocorrência por acidente vásculo-encefálico inicia-se na faixa etária dos 25 anos de idade, acentuando o seu crescimento a partir da faixa etária dos 65 anos ou mais de idade, atingindo cerca de 44% da população nesta faixa etária, com taxa de mortalidade em torno de 22,55%. Na população em geral, a taxa de mortalidade mantém-se em torno de 16%, elevando-se somente na faixa dos 65 anos ou mais de idade, como era de se esperar, devido ao envelhecimento.

Em sendo assim, os números sugerem que existe um grande contingente de indivíduos com hemiplegia e ou outras sequelas decorrentes de AVC. A faixa etária produtiva, como indicam os dados, também é atingida por acidente vascular encefálico, trazendo assim uma importante perda para o setor produtivo.

Estudo realizado em dezembro de 1998, pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em 800 pacientes matriculados, indica, entre as principais deficiências identificadas, a seguinte distribuição: hemiplegia, 18,12%; sequela de lesão medular, 17,8%; sequela de doenças osteoarticular e neuroevolutivas 14,7%; sequela de hemofilia, lesão por esforço repetitivo (LER), insuficiências vasculares periféricas pós-trauma e cardiopatias, 23,0%; e sequelas incapacitantes em idosos, 2,8%. O mesmo estudo aponta a paralisia cerebral como uma importante causa das deficiências em crianças avaliadas em 1998, atingindo a cerca de 16,4%.

A crescente urbanização e industrialização, sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente, gera o aumento de incapacidades. Há indícios de correlação entre o aumento de incapacidade e a incidência de neuroses, doenças psicossomáticas, alcoolismo, vício de drogas, acidentes de trânsito e violência urbana. Levantamento realizado nos hospitais ligados ao SUS mostrou que, em 1997, foram atendidos 6.388 pacientes com fratura da coluna vertebral, representando taxas de internação mais elevadas que nos anos anteriores. Mais de 50% desses casos correspondem a fraturas nos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da situação e a provável ocorrência de deficiências (Laurenti et all, 1998).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Quanto à lesão medular, estudo feito também na Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP, em 174 pacientes, apresenta a lesão traumática como a causa de 78% dos casos, assim distribuídos: ferimento por armas de fogo, 33%; acidente de trânsito, 19,5%; queda de altura, 19,5%; ferimento por arma branca, 2,4%; queda de objeto, 2,4%; acidente desportivo, 1,2% (Salimene, 1995). Nesse estudo, verificou-se que a faixa etária preponderantemente atingida era a de 18 a 35 anos de idade, com 53% dos indivíduos, sendo que 81,7% dos casos eram do sexo masculino.

Já o estudo procedido em pacientes atendidos na rede Sarah, em 1997, informa que do total de 293 pacientes com traumatismo da coluna vertebral, registrados naquele ano, 42% foram vítimas de acidentes de trânsito; 24% de disparo de armas de fogo; 12% de mergulhos em águas rasas; 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e violências. Clifton (1993), estudando a área de Houston - Gaves, no Texas, em 1981, encontrou 183 pacientes com lesão medular, dos quais 106 - 57,9% - eram paraplégicos. A faixa etária de maior incidência foi a de 15 a 24 anos de idade - 42,26% -, seguida daquela compreendida entre 25 a 34 anos de idade - 31,7% -, com predomínio do sexo masculino. A etiologia mais frequente foi acidente de automóveis - 41 casos -, seguido de perto por acidentes provocados por armas de fogo (38 casos). Barros Filho (1990), realizando estudos clínicos em pacientes com traumatismo da coluna vertebral e déficit neurológico, internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital as Clínicas da USP, no período de 1982 a 1987, constatou que, dos 428 pacientes, 94,3% eram do sexo masculino e na faixa etária de 21 a 30 anos. A causa principal foi ferimento por armas de fogo (34,5%).

Ao se comparar os estudos de Clifton (1993) e de Barros Filho (1990), constata-se uma semelhança muito próxima entre os dados detectados em um grande centro urbano norte-americano e São Paulo, em termos da etiologia e das características da população mais vulnerável às lesões traumáticas. Aliados àqueles observados na Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas, anteriormente citados, os resultados confirmam a violência urbana, os acidentes de trânsito e os acidentes de trabalho como importantes agentes causadores de deficiências no Brasil, neste final de século, especialmente em centros urbanos de médio e grande portes.

Analisando o problema em relação às deficiências foco desta Política - motora, visual, auditiva, mental e múltipla -, cabe assinalar inicialmente que a deficiência motora assume maior relevo a partir dos 25 anos de idade, refletindo a importância dos acidentes, das violências e de certas doenças na gênese desta deficiência.

As pessoas com deficiência motora ressentem-se de uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida. Dependendo do caso, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, essas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes.

Já a deficiência visual compreende uma situação irreversível de diminuição da visão, mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. O deficiente visual total ou com baixa visão tem restringida a sua velocidade de trabalho, a orientação e a mobilidade, bem como a sua capacidade de realizar tarefas. Essa deficiência é classificada pela OMS em categorias que abrangem desde a perda visual leve até a ausência total de visão. A adoção dessa classificação é recomendada para que se possa ter uma maior uniformidade de dados estatísticos e estudos epidemiológicos comparativos entre os diferentes países. Entretanto, é apenas quantitativa, baseada em valores de acuidade visual (CID).

A OMS estima que existam 38 milhões de pessoas cegas no mundo, das quais 1,5 milhão são crianças menores de 16 anos de idade. Cerca de 110 milhões de pessoas possuem baixa visão, perfazendo, assim, um total de 148 milhões de pessoas com deficiência visual. Cabe assinalar que, dois terços ou mais da cegueira total existente são evitáveis, ou seja, pode ser tanto prevenida, quanto tratada. A prevalência da cegueira varia nas diferentes partes do mundo. O Brasil e a América Latina estão, de modo geral, incluídos entre as regiões de economia e serviços de saúde razoáveis, onde calcula-se que existam de 0,6 a 0,9 pessoas cegas para cada mil habitantes, sendo que o número daquelas com baixa visão é três vezes maior.

Em crianças, as causas oculares de perda visual mais comuns são as de origem infecciosa, como a rubéola e a toxoplasmose congênita ou adquirida durante os primeiros meses de vida e as de causa hereditária (Barbieri, 1984; Waisberg, 1984; Sato e cols., 1987; Kara José e cols., 1995; Reis e cols., 1998). As de origem cerebral estão associadas a sequelas neurológicas causadas principalmente pela prematuridade, síndromes e más-formações congênitas associadas a múltiplas deficiências que, muitas vezes, sobrepujam a importância da deficiência visual (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

No adulto, com o aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônico-degenerativas - as quais aumentam com a idade -, as principais causas de perda visual são a retinopatia diabética, o glaucoma e a degeneração muscular senil. A catarata, embora seja uma das principais causas de cegueira no Brasil - mais de 70% dos casos -, não é incluída nas estatísticas de baixa visão por ser tratável e sua perda visual ser reversível após cirurgia e correção óptica convencional, como por exemplo o uso de óculos (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

Já a deficiência auditiva, caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. Assim como na visual, as pessoas com deficiência auditiva podem ter afetadas a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento integral. A estimativa da OMS, em 1993, é de que 1,5% da população brasileira - cerca de 2.250.000 habitantes - seria de pessoas com essa deficiência. As causas de deficiência auditiva de moderada a profunda, mais frequentes em crianças, são a rubéola gestacional e outras infecções pré-natais. Contudo, em cerca de 33% dos casos não se consegue estabelecer uma etiologia para essa afecção. Nos casos de deficiência auditiva de leve a moderada, a otite média é a causa mais frequente na infância, com uma incidência ao redor de 33%.

Em 1989, 90% de crianças e adolescentes até 16 anos de idade que procuraram o departamento de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com suspeita de deficiência auditiva, tiveram esta deficiência confirmada após terem sido avaliados clinicamente e submetidos a exames especializados. Desses, 90% apresentaram deficiência auditiva severa ou profunda, dos quais 95% bilaterais. Quanto à causa, concluiu-se que 45% dos casos eram de deficiência auditiva congênita; 22%, néo-natais; e 32,5%, de origem desconhecida. Nas deficiências auditivas congênitas, 16% tiveram como causa a rubéola materno-fetal; 10% associadas à prematuridade (baixo peso e hipoxemia); 9% hereditária; 1% em decorrência de casamento consangüíneo; e 11% de outras causas (Castro, 1991).

Na literatura internacional, a presbiacusia - perda auditiva devido à idade - é apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com uma incidência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos de idade. O ruído, principalmente no ambiente de trabalho, é apontado como a segunda principal causa de perda auditiva neurossensorial entre os adultos. Dados semelhantes foram reportados por Silveira em 1992.

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD), na deficiência mental observa-se uma substancial limitação da capacidade de aprendizagem do indivíduo e de suas habilidades para a vida diária. A pessoa com essa deficiência, assim, caracteriza-se por apresentar um déficit na inteligência conceitual, prática e social. Já a deficiência múltipla é a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias - mental, visual, auditiva e motora -, com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.

Em relação a essas deficiências, existem poucos estudos no Brasil que apresentam um perfil mais abrangente dos agentes etiológicos envolvidos na sua determinação. A pesquisa realizada na Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de um estudo retrospectivo de 850 casos de pessoas com deficiência, num período de 10 anos (1981-1990), detectou que 654 casos (76,94%) eram de pessoas com deficiência mental, 106 casos (12,47%) de pessoas com deficiência motora (paralisia cerebral) e 90 casos (10,58%) de pessoas com deficiência múltipla (mental e motora).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Nesse estudo, a análise da parcela de pessoas com deficiência motora e deficiência múltipla - 196 casos no total - levou a concluir que múltiplos fatores foram os agentes etiológicos mais frequentemente envolvidos, correspondendo a 32 casos ou 16,3% da amostra. Esses resultados apontam para um somatório de agressões envolvendo o sistema nervoso nos períodos pré e perinatais e ou nos primeiros dias de vida. Os "fatores ignorados" - 31 casos ou 15,8% - aparecem em segundo lugar, o que pode estar refletindo o pouco acesso da população aos meios diagnósticos.

A anóxia perinatal figura como a terceira causa de deficiências nesse grupo estudado, com 29 casos ou 14,7%, destacando-se como o agente isolado mais frequente. Isso demonstra a importância de medidas preventivas eficientes para evitar ou amenizar as lesões neurológicas ou físicas que podem ser evitadas, sobretudo durante os períodos pré e perinatal. Vale ressaltar, no entanto, que vários autores questionam a anóxia isolada como causadora de paralisia cerebral e que um índice de Apgar baixo necessariamente não determina quadros de paralisia cerebral.

Esses três agentes - múltiplos fatores, agentes ignorados e anóxia perinatal - atuam de vários modos e intensidade e os seus mecanismos de ação podem determinar desde agressões leves até graves. Como agentes infecciosos pré-natais estão a rubéola e a toxoplasmose, com 10 casos - 5,10% - em 196. De qualquer forma, há que se considerar a precariedade do atendimento pré-natal em algumas regiões, o que impossibilita o diagnóstico de muitos casos de doenças infecciosas. No conjunto dos fatores pós-natais, as infecções - meningite e meningoencefalites - têm nítido predomínio como fator isolado entre os demais: com 14 casos, corresponde a 7,14% do total de 196 analisados, sendo que, das causas pós-natais - 25 casos - , respondem por 56% dos casos.

Por não ser patologia de notificação compulsória, a paralisia cerebral apresenta-se como sendo de difícil avaliação em termos de incidência, até mesmo nos países do primeiro mundo, como na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde a incidência, na década de 50, apontava para 1,5 casos por 1.000 nascidos vivos e entre 1,5 e 5,9, respectivamente.

A morbidade aumentou nos países industrializados em função da redução da mortalidade perinatal, decorrente do aumento do índice de sobreviventes prematuros e com baixo peso. Pesquisas realizadas na Califórnia - EUA -, no período de 1983 a 1985, também apontam o baixo peso como fator associado à paralisia cerebral: de 192 casos, 47,4% eram de crianças com menos de 2.500g ao nascer.

Vale mencionar ainda a existência de doenças que, embora não estejam enquadradas como deficiência na classificação da OMS, produzem, direta ou indiretamente, graus de limitação variados e que são as condutas típicas, os distúrbios comportamentais, os distúrbios da fala e da linguagem e os transtornos orgânicos.

A despeito de as doenças crônicas apresentarem uma alta probabilidade de gerarem incapacidades, não configuram objeto desta Política na sua prevenção primária, considerando que estão sendo contempladas em políticas específicas. No entanto, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a insuficiência coronária, as doenças do aparelho respiratório (como a enfisema), as doenças metabólicas (com as diabetes mellitus e as nefropatias), as doenças hematológicas (a anemia falciforme, as hemoglobinopatias e as hemofilias), bem como o reumatismo e a hanseníase constituem campo de intervenção desta Política a partir de desvantagens e incapacidades delas decorrentes.

As pessoas com ostomias representam um segmento que pode ser classificado com deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência do sistema excretor, que produz limitações em várias esferas da vida, tanto social, quanto pessoal. Essas pessoas estão cadastradas pelo SUS e formam uma população de sete mil pessoas. As deficiências sensoriais e as múltiplas, excluída a paralisia cerebral, predominam após os 50 anos de idade, como consequência do processo de envelhecimento e do próprio aumento da vida média da população, refletindo o perfil de transição demográfica no País.

O Ministério da Saúde e a OMS apoiaram a realização de Estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem, realizados em 11 cidades de diferentes regiões do País, entre os anos de 1992 e 1999. Utilizando a metodologia de entrevistas domiciliares proposta pela Opas/OMS, esses estudos indicaram percentuais de pessoas com deficiência que variam de 2,81%, em Brasília; a 4,00%, em Taguatinga/DF; 4,30%, em Canoas/RS; 4,80, em Campo Grande/MS; 6,11%, em Santos/SP; 6,18%, em Silva Jardim/RJ; 6,97%, em Maceió/AL; 5,05%, em Santo André/SP; 7,50%, em Niterói/RJ; 9,60%, em Feira de Santana/BA; e 5,9%, em São José dos Campos/SP.

É importante ressaltar que, por se tratar de cidades com perfis populacionais distintos, com localização espacial e regional variadas e com características diferentes em termos socioeconômicos, as generalizações dos resultados para o Brasil, como um todo são desaconselháveis, o que não invalida a credibilidade dos resultados.

Esses percentuais retratam a realidade local, sendo úteis para a composição de um quadro parcial da situação da deficiência nas regiões estudadas, que podem ajudar na compreensão do problema em localidades de perfis semelhantes.

Os resultados dos estudos de prevalência permitem afirmar que as incapacidades motoras são a maioria dos casos de deficiências encontrados nas localidades estudadas, seguidas pelas deficiências mentais. Quanto maior o número de idosos na amostra da pesquisa, maior é a prevalência de incapacidades da visão e da audição. Por outro lado, é elevado o número de casos de deficiência múltipla nos municípios de menor renda per capita, entre os estudados.

A análise da situação das pessoas com deficiência deve ser realizada no contexto de diversos níveis de desenvolvimento econômico e social e de diferentes culturas. Todavia, a responsabilidade fundamental de prevenir as condições que conduzem ao aparecimento de incapacidades e de fazer frente às suas consequências recai, em toda parte, sobre os governos. Isso não diminui a responsabilidade da sociedade em geral, nem dos indivíduos e nem das organizações em particular.

No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvido em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista. Segundo Maior - 1995 -, originalmente, a reabilitação no Brasil surge em "instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, sem ouvir os próprios reabilitandos e conduzidas à margem do Estado" (p. 16).

Por outro lado, considerando que o atendimento integral à pessoa com deficiência, por parte do poder público estatal, ainda é precário, as críticas que possam ser feitas ao papel de entidades devem ser relativizadas. Além disso, devem estar sempre acompanhadas da ressalva de serem pioneiras e majoritárias na área da assistência social, educação e atenção médica a parcelas deste segmento populacional.

A situação da assistência à pessoa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas é bastante centralizada e atende a um reduzido número de pessoas com deficiência, além de não contemplar experiências comunitárias, e de seus resultados raramente ser avaliados (Corde, 1995). Todos os leitos de reabilitação, segundo código da tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), estão concentrados nas regiões Centro-Oeste e Sudeste - os Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro detêm 80% do total -, e pertencem quase que exclusivamente ao setor privado, conveniado e contratado.

Tomando por base os valores financeiros de dezembro de 1998, o gasto com internação de reabilitação alcançou o total de R$399.517,96. Em contrapartida, e a título de comparação, cabe registrar o montante despendido com internação de doentes crônicos e fora de possibilidade terapêutica, que foi de R$7.977.924,99, bem como o total de recursos com internação, nesse mesmo mês (R$340.247.853,63). A internação de doentes crônicos sem possibilidade terapêutica atende uma grande parcela de pessoas com deficiência sem, no entanto, obedecer às normas das portarias da então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), as quais regulamentam o atendimento hospitalar em reabilitação. Esses dados evidenciam um sub-registro de internação de pessoas com deficiência nos hospitais gerais e a não estruturação dos serviços de reabilitação em nível hospitalar.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Uma análise preliminar permite concluir que a estratégia usada ainda não foi suficiente para aumentar a cobertura, descentralizar o atendimento e incrementar a qualidade da reabilitação em regime de internação. Podem ser destacados como os mais prováveis fatores causais dessa situação: a falta de investimento na criação dos leitos e centros hospitalares; a pouca sensibilização de dirigentes em relação ao problema; e a remuneração insuficiente do leito de reabilitação. Acresce-se, ainda, o insuficiente engajamento dos hospitais universitários com esse tipo de internação especializada.

Na tabela SIA/SUS, os procedimentos de fisioterapia dominam os gastos, o que corrobora para a perpetuação do atendimento fragmentado e pouco compatível com a proposta de reabilitação integral. Em dezembro de 1998, as despesas com fisioterapia alcançaram um total de R$5.594.469,30, assim distribuídos: fisioterapia traumato-ortopédica, R$ 2.801.230,32; fisioterapia reumatológica, R$ 1.400.820,48; fisioterapia neurológica, R$ 1.166.205,80; fisioterapia respiratória, R$ 150.860,80; fisioterapia vascular periférica, R$ 53.993,60; e fisioterapia cardíaca, R$ 21.358,40. O montante de recursos é relativamente elevado e a aplicação concentra-se no setor privado e nas regiões Sudeste e Nordeste. Não há nenhum indicador de resultado ou de impacto dos atendimentos.

Tomando-se como exemplo o código de fisioterapia neurológica, em que foram executados 494.155 procedimentos, é possível inferir que parcela significativa dos pacientes atendidos poderia ser melhor enquadrada e assistida valendo-se do enfoque núcleo ou centro de reabilitação, com a abordagem multiprofissional. Todavia, desde a criação desse código, o valor unitário vem sofrendo corrosão e a falta de atrativo financeiro, aliada à ausência de normas de atendimentos de fisioterapia, impede a implantação e a qualidade inicialmente pretendida.

Por outro lado, um aspecto a ser considerado na assistência é a concessão e treinamento de equipamentos individuais - órteses e próteses -, ajuda técnica e bolsas coletoras. Trata-se de uma conquista importante da pessoa com deficiência, resultante das Portarias n.ºs 116/1993 e 146/1993, por intermédio do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde, que teve, inicialmente, seus recursos fixados no valor de 2,5% da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Embora o incremento tenha sido incorporado ao teto de custeio ambulatorial dos estados, a concessão de equipamento reduziu-se ou foi interrompida em muitas unidades federadas, permanecendo apenas naquelas que já tinham compromisso institucional e com maior poder de pressão de profissionais e usuários.

O referido Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS. Em decorrência desse Programa, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no Sistema, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses.

Nesse conjunto, estão: a Portaria n.º 204/91 que insere no SIH/SUS o tratamento em reabilitação e seus procedimentos; a Portaria n.º 303/92 que inclui no SIA/SUS procedimentos de reabilitação; a n.º Portaria 304/92, que fixa normas de procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 305/92, que inclui internação em reabilitação no SIH/ SUS; a Portaria n.º 306/92, que apresenta normas dos procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 225/92, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de saúde para o deficiente no SUS; a Portaria n.º 116/93, que inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS; e a Portaria n.º 146/93, que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando a reabilitação e a inserção social.

Apesar de todas as medidas até então levadas a efeito, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa com deficiência e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos, entre os quais destacam-se: a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros, a visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida destas pessoas.

Soma-se a isso o desafio de despertar a consciência da população em relação aos benefícios resultantes para os indivíduos e a sociedade da inclusão das pessoas com deficiência em todas as esferas da vida social, econômica e política. As organizações não-governamentais podem, de diversas maneiras, apoiar as ações governamentais voltadas a esse segmento populacional, sobretudo apontando necessidades, sugerindo soluções ou oferecendo serviços complementares às pessoas com deficiência.

Nesse sentido, a presente Política Nacional, para o alcance do seu propósito, apresentado a seguir, confere prioridade à mobilização da população para com a saúde das pessoas com deficiência, a partir do que viabilizará a tomada das medidas necessárias ao enfrentamento dos problemas anteriormente abordados e no provimento da atenção adequada a este segmento populacional.

2. PROPÓSITO

A presente Política Nacional do setor saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A consecução desse propósito será pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja para a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas com deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo.

3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito explicitado no capítulo precedente, são estabelecidas as seguintes diretrizes, as quais orientarão a definição ou a readequação dos planos, programas, projetos e atividades voltados à operacionalização da presente Política Nacional:

promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;

assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;

prevenção de deficiências;

ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;

organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência; e

capacitação de recursos humanos.

3.1. Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência

A implementação dessa diretriz compreenderá a mobilização da sociedade, nesta incluídos setores do governo, organismos representativos de diferentes segmentos sociais e organizações não-governamentais - entre as quais as instituições que atuam na promoção da vida independente -, visando assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência.

Essa garantia deverá resultar no provimento de condições e situações capazes de conferir qualidade de vida a esse segmento populacional. Para tanto, além da prevenção de riscos geradores de doenças e morte, constituirá foco dessa diretriz a implementação de ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida, com qualidade, das pessoas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

com deficiência. Entre os elementos essenciais nesse sentido estão a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades destas pessoas.

No tocante a ambientes favoráveis à saúde desse segmento, especial atenção será concedida às facilidades para a locomoção e adaptação dos diferentes espaços, tanto os públicos - como vias e edifícios -, quanto os domiciliares, eliminando-se, assim, barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultam a efetiva integração e inclusão. No conjunto dessas facilidades, está a construção de rampas e de corrimãos, bem como a adoção de múltiplas formas de comunicação. De outra parte, deverá ser promovido o amplo acesso das pessoas com deficiência às informações acerca dos seus direitos e das possibilidades para o desenvolvimento de suas potencialidades, seja na vida cotidiana e social, seja no trabalho, no esporte e no lazer. Ao lado disso, deverão ser desenvolvidas campanhas de comunicação social e processos educativos continuados dirigidos a segmentos específicos e à população em geral visando a superação de preconceitos e posturas que impedem ou constituam obstáculos à inclusão social das pessoas com deficiência.

Além de normas específicas de saúde que viabilizem o acesso e a qualidade das ações e serviços, o setor promoverá o estabelecimento ou o cumprimento daquelas afetas a outros setores voltadas à qualidade de vida desse segmento, bem como a plena observância do arcabouço legal específico, como é o caso do Decreto n.º 3298/99.

No âmbito do SUS em particular, buscar-se-á assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do Sistema, objetivando, em especial, a sua participação ativa na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito.

Paralelamente, o setor saúde adotará medidas destinadas a garantir a qualidade e o suprimento de ajudas técnicas compreendidas na tecnologia assistiva, de modo a estimular a independência e a dignidade na inclusão social desse segmento.

3.2. Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência

A assistência a esse segmento pautar-se-á no pressuposto de que a pessoa com deficiência, além das necessidades de atenção à saúde específicas da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência.

Nesse sentido, a assistência à saúde do pessoa com deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas.

Por outro lado, promover-se-á a ampliação da cobertura assistencial em reabilitação, de modo que o acesso seja propiciado a toda a população com deficiência o qual, atualmente, estima-se alcance cerca de 2% deste segmento. Um das estratégias para tanto será a inclusão da assistência em reabilitação em unidades cujas ações são de diferentes níveis de complexidade.

Assim, a assistência à saúde da pessoa com deficiência, incluindo-se a assistência em reabilitação, deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação - públicos ou privados - e organizações não-governamentais, até os Centros de Referência em Reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade. Além disso, essa assistência envolverá a geração de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação em nível de pós-graduação estrito e lato senso. Para o atendimento desses requisitos, os Centros de Referência em Reabilitação deverão estar prioritariamente vinculados, direta ou indiretamente, a hospitais universitários.

As ações de assistência à saúde destinadas a esse segmento estarão dessa forma inseridas em um sistema amplo que abrangerá a implementação de programas de reabilitação envolvendo a família e a comunidade, bem como a modernização de centros de referência com atendimento e procedimentos de alta complexidade, em caráter ambulatorial.

Dessa forma, buscar-se-á continuamente aumentar a capacidade resolutiva dos serviços prestados, valendo-se, para tanto, de medidas sistemáticas dirigidas ao aprimoramento da assistência e de permanente avaliação. Nesse sentido, adotar-se-á a premissa de que a reabilitação constitui um processo de mão dupla, em que o indivíduo com deficiência, sua família e a comunidade deverão ser trabalhados simultaneamente. Assim, a programação do tratamento de reabilitação considerará o indivíduo e a sua família como centro e agentes prioritários do processo.

As ações de saúde para a pessoa com deficiência, assim, terão como eixos fundamentais o diagnóstico e o encaminhamento corretos dos procedimentos referentes às deficiências, imprescindíveis para prevenir e mesmo inibir ou minimizar as limitações e desvantagens delas decorrentes.

O diagnóstico da deficiência incluirá a doença e suas causas, bem como o grau de extensão da lesão. A mensuração da incapacidade e do comprometimento físico-funcional, real ou potencial, também deverão ser diagnosticados com precisão. A avaliação da situação e dinâmica familiar envolverá também as condições emocionais e a situação socioeconômica, cultural e educacional do indivíduo, bem como as suas expectativas frente ao processo de reabilitação, educação e profissionalização. Esse diagnóstico global deverá ser realizado em conjunto com a pessoa com deficiência e servirá de base para a definição de seu programa de reabilitação.

O diagnóstico presuntivo da deficiência precocemente formulado por profissionais que atuam principalmente nos serviços de saúde de menor complexidade, será fundamental na orientação da família para a busca de atenção necessária, no local adequado.

Todas as medidas assistenciais voltadas à saúde da pessoa com deficiência, incluindo a reabilitação, deverão levar em conta, sobretudo, as necessidades, potencialidades e recursos da comunidade, de modo a assegurar-se a continuidade e as possibilidades de autossustentação, visando, em especial, a manutenção da qualidade de vida deste segmento populacional e a sua inclusão ativa na comunidade. Tal objetivo, no âmbito do setor saúde, será alcançado mediante, sobretudo, a reabilitação da capacidade funcional e do desempenho humano da pessoa com deficiência.

A atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família terá um papel fundamental na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade. Nesse particular, ressalte-se que a inserção da assistência à saúde da pessoa com deficiência nas ações das equipes de saúde e dos agentes comunitários constituirá estratégia fundamental para implementação dos procedimentos de prevenção e reabilitação nos diferentes níveis de atendimento.

No processo de reabilitação, a busca da eficiência será uma preocupação permanente, desde a adoção de estratégias e ações que utilizem recursos da própria comunidade, até a intermediação de centros de excelência para procedimentos de alta complexidade. As ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade, quanto o princípio da integralidade.

Essas ações terão, assim, um enfoque funcional e integral, o que significa respeitar as especificidades de cada caso e as áreas das deficiências. Nesse sentido, além de contar com equipe multiprofissional e interdisciplinar, as instituições de reabilitação deverão dispor de implementos tecnológicos para avaliação, diagnóstico e tratamento em reabilitação, adequados ao nível de complexidade a que se destinam.

Serão considerados parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, os métodos e as técnicas específicas para garantir ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A atenção integral à saúde das pessoas com deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhadas de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos. Este atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da sequela assim o exigir.

Serão consideradas parte integrante do processo de reabilitação as concessões de órtese e prótese, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência. A concessão desses equipamentos estará estreitamente vinculada ao atendimento de reabilitação, devendo a prescrição obedecer a criteriosa avaliação funcional, constituindo-se, dessa forma, um ato médico. Além disso, buscar-se-á prover o acesso dessas pessoas aos medicamentos que auxiliam na limitação da incapacidade, na reeducação funcional, no controle das lesões que geram incapacidades e que favorecem a estabilidade das condições clínicas e funcionais.

A assistência domiciliar em reabilitação configurará medida essencial no atendimento desse segmento populacional, compreendendo desde os serviços de apoio à vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internamento no domicílio. Nessa assistência deverão ser previstos os recursos necessários à complementação diagnóstica e as intervenções de caráter preventivo como, por exemplo, fornecimento de oxigênio.

3.3. Prevenção de deficiências

A implementação de estratégias de prevenção será fundamental para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes, tendo em vista que cerca de 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas apropriadas e oportunas (Corde, 1992). O conhecimento da prevalência de doenças e de deficiências potencialmente incapacitantes configurará subsídio essencial para o desenvolvimento das ações de prevenção e a adoção de medidas destinadas a reduzir ou eliminar as causas de deficiências.

As diferentes realidades regionais brasileiras, que compreendem, entre outros, aspectos específicos de ambientes e processos de produção, de emprego e de renda, além de questões culturais que determinam a prevalência de doenças potencialmente incapacitantes deverão ser reconhecidas e consideradas nas estratégias de prevenção.

As medidas preventivas envolverão ações de natureza informativa e educativa dirigidas à população, relacionadas ao atendimento pré-natal adequado e à detecção precoce de deficiências, bem como de conscientização e formação de recursos humanos qualificados para a prestação de uma atenção eficiente neste contexto.

Nesse sentido, deverão ser promovidos processos educativos e campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a população em geral e os segmentos de risco a adotarem estilos de vida saudáveis e, consequentemente, a abandonar hábitos nocivos, como o sedentarismo, o tabagismo e o uso de drogas.

Os programas de vacinação que, sabidamente, contribuem para a prevenção de deficiências, deverão incluir ações informativas à população em geral enfocando a inter-relação da imunização e a prevenção de deficiências, utilizando-se de linguagem acessível e de recursos variados e abrangentes. Nesse particular, ênfase especial será dada às atividades de vacinação contra poliomielite, o sarampo e a rubéola. A investigação da citomegalovirose deverá também ser incentivada e possibilitada nos serviços de acompanhamento de gestante. Ao lado disso, serão implementadas medidas que contemplem a segurança e a saúde nos ambientes de trabalho, destinadas a prevenir os acidentes e as doenças profissionais, tanto no setor urbano quanto no rural.

Promover-se-á, por outro lado, o acesso da população aos exames mais específicos para detecção de doenças genéticas que determinam deficiência, com destaque para o exame de cariótipo e pesquisa para outros erros inatos do metabolismo em geral, tais como: fenilcetonúria, hemoglobinopatias, hipertiroidismo congênito, entre outras.

Deverão ser também promovidos serviços de genética clinica para que se proceda a um adequado aconselhamento genético às famílias. Procedimentos de acompanhamento do desenvolvimento infantil nos seus aspectos motor, cognitivo e emocional deverão ser valorizados nos programas de saúde da criança como uma importante estratégia de prevenção de deficiências nesta população.

A articulação e a integração na implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências serão, igualmente, iniciativas essenciais, principalmente mediante o estabelecimento de parcerias entre os vários setores e órgãos envolvidos, em todos os níveis de governo, com o objetivo de diminuir ao máximo o número de vítimas e, consequentemente, de sequelas que determinam algum tipo de deficiência.

3.4. Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação

Adequando-se às normas que disciplinam a criação de fontes de dados e ajustando-se às condições propostas nos fundamentos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), deverão ser criados mecanismos específicos para produção de informação a respeito de deficiências e incapacidades no âmbito do SUS.

O monitoramento permanente da ocorrência de deficiências e incapacidades, assim como as análises de prevalência e tendências, constituirá prioridade do SUS nas três esferas de governo. Tais iniciativas visarão o provimento oportuno de informações para a tomada de decisões quanto à adoção das medidas preventivas e à organização dos serviços especializados de assistência reabilitadora, além de subsídios para a identificação de linhas de pesquisa e a organização de programas de capacitação de recursos humanos.

Buscar-se-á, por iniciativa dos gestores do SUS, fomentar a realização de estudos epidemiológicos e clínicos, com periodicidade e abrangência adequadas, de modo a produzir informações sobre a ocorrência de deficiências e incapacidades. Para a efetivação desses estudos, será recomendável o uso da metodologia de inquérito domiciliar da Opas, com a devida adaptação à realidade brasileira, tanto nos aspectos relativos a sua aplicação, quanto nos relacionados à interpretação de seus resultados.

No que se refere aos censos demográficos, deverá ser buscado, por intermédio dos órgãos competentes, o estabelecimento de articulação com o IBGE, visando o ajuste dos quesitos específicos das planilhas censitárias, favorecendo, assim, a adequada e real apuração dos casos de deficiências e incapacidades existentes na população, bem como o detalhamento necessário à tomada de decisões dos gestores do SUS. Da mesma forma, promover-se-á a compatibilização de quesitos que permitam a extração de dados e informações específicos das Pesquisas Nacionais por Amostragem Domiciliar.

Na busca de informações de interesse gerencial, ênfase será dada à análise de dados dos sistemas de informação da produção e pagamento de serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico complementar, bem como o fornecimento de órteses e próteses no âmbito do SUS, de que são o exemplo o SIA/SUS e o SIH/SUS. Desses sistemas serão extraídos dados que permitam análises qualitativas e quantitativas a respeito do diagnóstico da deficiência e do tratamento oferecido, facilitando a identificação, a localização das pessoas com deficiência, caracterizando o perfil dessa clientela, a sua distribuição, bem como o impacto dos custos, no âmbito dos recursos públicos, da atenção prestada a essa população, observando, também, a conjuntura e as diversidades regionais.

No tocante à infraestrutura dos serviços e aos profissionais de saúde, serão promovidos, anualmente, levantamentos e cadastramentos de unidades e especialistas envolvidos na assistência às pessoas com deficiência. Tais informações serão utilizadas para a análise da oferta de leitos, dos serviços ambulatoriais e de diagnóstico complementar, de modo a identificar lacunas e superposições que estejam dificultando o acesso universal e a oferta integral preconizados para o SUS. Esses levantamentos propiciarão a realização de análises sob os mais variados prismas da questão como, por exemplo, o conhecimento da distribuição geográfica dos serviços especializados, a cobertura viabilizada por estes serviços, a quantificação e a qualificação dos profissionais de saúde atuantes na área das deficiências nos serviços em âmbito federal, estadual e municipal.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

O cruzamento das informações tornadas disponíveis pelas diversas fontes de dados será essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa com deficiência. Continuamente, estudos analíticos serão promovidos mediante a superposição crítica dos resultados dos censos periódicos, das pesquisas censitárias domiciliares anuais, dos estudos epidemiológicos e clínicos, dos cadastramentos e dos levantamentos de infraestrutura.

3.5. Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência

A atenção à saúde das pessoas com deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações de forma descentralizada e participativa, conduzido, em especial, segundo a diretriz do SUS, relativas ao comando único em cada esfera de governo. Além disso, levará em conta que a rede de serviços de atenção à saúde desse segmento terá sempre interfaces com outras políticas públicas.

Nesse sentido, a atenção à saúde das pessoas com deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializadas.

No nível de atenção básica, os serviços deverão estar qualificados a desenvolver:

ações de prevenção primária e secundária - como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição -, detecção precoce de fatores de riscos - como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo -, bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população com deficiência;

ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade da pessoa com deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para as pessoas com distúrbios de comunicação.

Nesse nível, a intervenção de caráter individual, familiar, grupal e comunitária deverá organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado. Serão continuamente fomentados programas de reabilitação em parceria com a comunidade, nos quais os serviços respectivos e as lideranças comunitárias trabalham juntos com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão social das pessoas com deficiência. Tais medidas, definidas a partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersetorial e descentralizada. As ações, por sua vez, serão desenvolvidas por familiares ou agente comunitário capacitado e supervisionado, com avaliação constante e sistematizada.

Já no nível de atenção secundária, os serviços deverão estar qualificados para atender as necessidades específicas das pessoas com deficiência advindas da incapacidade propriamente dita. Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros).

Nesse nível, a organização das ações comporá um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas, e terá caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contrarreferência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados. As ações de nível secundário deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos especializados. Será fundamental, nesse nível, o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia assistiva necessária.

O nível terciário - ambulatorial e hospitalar - deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Será importante que os serviços nesse nível tenham caráter docente e assistencial, vinculado aos centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nesse nível, ainda, promover-se-á a formulação, em conjunto com os demais níveis, de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo reabilitativo, bem como dos de resultados e de impactos alcançados na região.

Esses serviços estarão estruturados por especificidade da deficiência e contarão igualmente com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que considere a globalidade das necessidades dos usuários. Assim, deverão além de fornecer o conjunto das ajudas técnicas - tecnologia assistiva - característico do nível secundário, desenvolver atividades nos campos da pesquisa e da capacitação de recursos humanos, bem como dispor na sua estrutura de serviços de apoio, como aqueles inerentes, por exemplo, às áreas de neurologia, foniatria, ortopedia e traumatologia.

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa deficiente deverá, necessariamente, prover os serviços necessários de forma a mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico quanto social e cultural da comunidade, integrando-se efetivamente no contexto da municipalização da saúde. Na ausência de condições para tal, deverão ser feitos os encaminhamentos necessários, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados.

Promover-se-á a disponibilidade de serviços de média complexidade, no nível regional, os quais poderão ser implantados por municípios de maior porte, por meio de consórcios intermunicipais ou, onde não for possível, por intermédio do Estado. A rede de serviços deverá garantir a detecção de todos os tipos e graus de deficiência, incluindo a atenção a pacientes com severo nível de dependência, bem como o conjunto de suas necessidades no âmbito da saúde. Unidades assistenciais filantrópicas poderão integrar, de forma complementar, a rede de serviços.

A porta de entrada do usuário deverá ser a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. Essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços. O fato de ser assistido por um serviço de menor complexidade não implicará o não atendimento nos demais integrantes dos outros níveis.

A unidade básica constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa com deficiência, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

Será fundamental a articulação entre os gestores municipais visando garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às pessoas com deficiência. Nesse sentido, será igualmente estratégica a instalação de rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de serviços de reabilitação, que contemple ações de prevenção secundária, diagnóstico etiológico, sindrômico e funcional; orientação prognóstica; ações básicas e complexas de reabilitação, além daquelas voltadas à inclusão social; e promova a inter-relação dos serviços existentes. As unidades de reabilitação funcionarão na conformidade das orientações estabelecidas nas Portarias SNAS n.ºs 303, 304, 305 e 306, editadas em 1993.

Os estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando a garantia da qualidade do atendimento e uma reabilitação integradora e global da pessoa com deficiência. Um aspecto essencial na organização e funcionamento dos serviços será o estabelecimento de parcerias com os diversos níveis de governo, bem assim com organizações não-governamentais que têm larga experiência no atendimento a esse segmento populacional.

O serviço de saúde local deverá atuar de forma articulada com a área de assistência social visando, em especial, facilitar o acesso ao tratamento da pessoa com deficiência.

3.6 Capacitação de recursos humanos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A disponibilidade de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política será enfocada como prioritária. Nesse sentido, a formação de recursos humanos em reabilitação deverá superar a escassez de profissionais com domínio do processo reabilitador e que atuem segundo a interdisciplinaridade aqui proposta.

Visando garantir o direito ao atendimento de saúde estabelecido nesta Política e o acesso à reabilitação a quem dela necessitar, buscar-se-á formar equipes interdisciplinares, compostas por profissionais de níveis técnico e universitário, as quais serão submetidas continuamente a cursos de qualificação e atualização.

Os programas de formação e treinamento serão promovidos junto aos diferentes órgãos envolvidos com a questão, tanto dos níveis federal, quanto estadual e municipal, os quais buscarão o engajamento das instituições públicas não-estatais neste trabalho. Ao lado disso, promover-se-á o desenvolvimento de ações conjuntas com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior, tendo em vista a necessidade de que sejam incorporadas disciplinas e conteúdos de reabilitação e atenção à saúde da pessoas com deficiência nos currículos de graduação da área de saúde.

As instituições de ensino superior deverão ser estimuladas a incorporar conteúdos de reabilitação na parte diversificada dos currículos dos cursos de graduação, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, com o objetivo de fomentar projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Deverá ser estimulada também, junto às agências de fomento ao ensino de pós-graduação e pesquisa - tais como o CNPq, a Capes, a Fiocruz e as fundações estaduais -, a ampliação do número de vagas e de bolsas de estudo e de pesquisa, voltadas para a formação de profissionais e pesquisadores de alto nível na área de reabilitação. Buscar-se-á da mesma forma incentivar os centros de referência em medicina de reabilitação para o desenvolvimento, entre outras atividades de educação continuada, de cursos de capacitação para o atendimento às pessoas com deficiência, destinados aos profissionais do SUS e da rede suplementar de assistência.

Os agentes comunitários de saúde e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família deverão receber treinamento que os habilite para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado das pessoas com deficiência. A capacitação de agentes de saúde para a atenção à pessoa com deficiência, nos aspectos referentes à assistência e à reabilitação, deverá ser promovida no contexto das ações de saúde da família e de saúde comunitária, sempre na perspectiva da promoção de uma vida saudável e da manutenção dos ganhos funcionais.

Além disso, serão promovidos treinamentos para a capacitação profissional do atendente pessoal, com enfoque na valorização, na autonomia e na individualidade da pessoa com deficiência, respeitando suas necessidades, como elemento de apoio para o estímulo à vida independente. Deverão ser criados ainda, em articulação com o Ministério da Educação, cursos com o objetivo de formar profissionais especializados na produção de órteses e próteses, em níveis médio e superior.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A atenção à pessoa com deficiência envolve esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa com deficiência a sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades.

Nesse sentido, caberá aos gestores do SUS, de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar as condições e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política, qual seja: reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor saúde, quanto no contexto de outros setores.

Assim, nas suas respectivas áreas de abrangência, os gestores buscarão estabelecer processos permanentes de articulação e integração institucional, tendo em vista a consolidação de compromissos intersetoriais, os quais deverão configurar parcerias efetivas. Promoverão, também, a participação de diferentes segmentos da sociedade que possam contribuir para a implementação das diretrizes desta Política.

4.1. Articulação Intersetorial

No âmbito federal, o processo de articulação deverá envolver os setores a seguir identificados, com os quais procurar-se-á estabelecer parcerias que viabilizem o alcance dos objetivos preconizados.

A) Ministério da Educação;

A parceria com esse Ministério buscará, sobretudo:

a. A difusão, junto às instituições de ensino e da comunidade escolar, de informações relacionadas às deficiências, à prevenção e à limitação das incapacidades de modo a contribuir para a qualidade de vida desse segmento populacional;

b. O estímulo à criação de centros de referência em reabilitação nos hospitais universitários, com atuação integrada com o SUS, voltado ao atendimento da pessoa com deficiência, bem como ao treinamento contínuo de equipes interdisciplinares de reabilitação;

c. A garantia de retaguarda clínica às pessoas com deficiência inscritas na rede de ensino básico, em estreita parceria com as respectivas secretarias estaduais e municipais de educação e saúde;

d. A reavaliação e adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área de saúde, visando o atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

e. A colaboração às secretarias de educação dos estados e municípios no treinamento e capacitação dos docentes para o trabalho com a pessoa com deficiência, tendo em vista a sua inclusão no ensino regular;

f. A inclusão nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde de conteúdos relacionados à reabilitação.

B) Ministério da Previdência e Assistência Social;

A parceria com esse Ministério visará em especial:

a. A realização de pesquisas epidemiológicas junto aos seus segurados relativas às doenças potencialmente incapacitantes, sobretudo quanto aos seus impactos nos indivíduos e na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde;

b. O encaminhamento do segurado, com deficiência, reabilitado pelo sistema de saúde, para programas de trabalho com ênfase na reeducação profissional, no trabalho domiciliar e nas cooperativas de prestação de serviço;

c. A difusão, junto aos seus serviços e àqueles sob sua supervisão, de informações relativas à proteção da saúde do com deficiência, à prevenção secundária e à limitação ou recuperação de incapacidades;

d. A promoção de treinamento de grupos de cuidadores para a identificação de deficiências e a promoção de cuidados básicos à pessoa com deficiência, tendo em vista a manutenção da qualidade de vida;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

e. A inclusão na rede do SUS das unidades da rede da assistência social que já desenvolvem ações de reabilitação multidisciplinares especializadas para o atendimento de todos os tipos de deficiência;

f. A promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições de reabilitação e que assistem pessoas com deficiência nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão

C) Ministério da Justiça;

Com esse Ministério, buscar-se-á, sobretudo:

a. A observância de mecanismos, normas e legislação voltados à promoção e à defesa dos direitos da pessoa com deficiência no tocante às questões de saúde;

b. A promoção da aplicação dos dispositivos de segurança no trânsito, principalmente no tocante ao uso do cinto de segurança;

c. A promoção, junto aos estados e municípios, de processos educativos relacionados ao trânsito, voltados à redução do número de vítimas e a consequente diminuição de sequelas que determinam algum tipo de deficiência;

d. O fornecimento de subsídios ao Ministério Público no tocante à criminalização da discriminação e do preconceito referentes à recusa, retardo ou limitação dos serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais à pessoa com deficiência;

e. O provimento ao cidadão com deficiência, em articulação com a Corde, das informações sobre os direitos conquistados na área da saúde.

D) Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano;

Com essa Secretaria, a parceria objetivará, em especial:

a. A promoção de planos de habitação e moradia que permitam o acesso e a locomoção das pessoas com deficiência e que eliminem, portanto, barreiras arquitetônicas e ambientais que dificultam ou impedem a independência funcional destas pessoas;

b. A instalação de equipamentos comunitários públicos adequados à utilização da população com deficiência;

c. A promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e facilitem o deslocamento da pessoa com deficiência, sobretudo aquela que apresenta dificuldades de locomoção, na conformidade das normas existentes relativas à acessibilidade.

E) Ministério do Trabalho e Emprego;

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, principalmente:

a. A melhoria das condições de emprego, compreendendo a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa com deficiência na vida socioeconômica das comunidades;

b. A promoção de cursos e de materiais informativos voltados à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência destinados a empregadores.

c. O encaminhamento das pessoas com deficiência reabilitadas pelo sistema de saúde para cursos de capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho.

F) Ministério do Esporte e Turismo;

A parceria objetivará em especial:

a. A implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de atividades físicas destinados às pessoas com deficiência, tendo como base o conceito de qualidade de vida, e a utilização destas medidas para a manutenção dos ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação;

b. A promoção de turismo adaptado à pessoa com deficiência, como elemento de qualidade de vida e inclusão social.

G) Ministério da Ciência e Tecnologia;

Buscar-se-á, com esse Ministério, o estabelecimento de parcerias que fomentem, sobretudo, o desenvolvimento de pesquisa na área da reabilitação, contemplando: 1) estudos de prevalência de incapacidades; 2) validação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento da pessoa com deficiência; 3) gerenciamento das informações referentes ao impacto social e funcional da reabilitação; 4) capacitação, reorganização e atualização tecnológica dos Centros de Reabilitação; e 5) avaliação da eficiência e eficácia dos modelos de atenção hospitalar, centro de reabilitação ambulatorial e assistência domiciliar.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde:

A) Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política, bem como os planos, programas e projetos dela decorrentes;

B) Assessorar os estados na formulação e na implementação de suas respectivas políticas, consoante às diretrizes aqui fixadas;

C) Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal, ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde e de reabilitação da pessoa com deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à implementação desta Política;

E) Apoiar a estruturação de centros de referência em reabilitação, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior, envolvidas na formação contínua de recursos humanos específicos para a atenção à pessoa com deficiência;

F) Realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico, visando ampliar o conhecimento sobre a população com deficiência e subsidiar o planejamento de ações decorrentes desta Política;

G) Promover a disseminação de informações relativas à saúde da pessoa com deficiência, bem como de experiências exitosas em reabilitação;

H) Promover processo educativo voltado à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência;

I) Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação da pessoa com deficiência;

J) Promover mecanismos que possibilitem a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS, bem como o exercício do seu próprio papel no tocante à avaliação dos serviços prestados nas unidades de saúde;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

K) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos em centros de reabilitação-dia, de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços suplementares para a pessoa com deficiência;

L) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação utilizando os recursos comunitários, na conformidade do modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção das pessoas com deficiência nos estabelecimentos de saúde e nas instituições que prestam atendimento a estas pessoas;

N) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando a prevenção de deficiências;

O) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

P) Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

Q) Organizar e manter sistema de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência.

4.3 Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde:

A) Elaborar, coordenar e executar a política estadual das pessoas com deficiência, consoante a esta Política Nacional;

B) Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política;

C) Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, com vistas a implementação das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução das Políticas Nacional e Estadual;

E) Promover o acesso da pessoa com deficiência aos medicamentos, órteses e próteses e outros insumos necessários a sua recuperação e reabilitação;

F) Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

G) Viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS;

H) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços complementares para o atendimento da pessoa com deficiência;

I) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir deficiências;

K) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção às pessoas com deficiência nos serviços de saúde e nas instituições que cuidam destas pessoas;

N) Promover a organização de rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente:

A) Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, definindo componentes específicos que devem ser implementados no seu âmbito respectivo;

B) Promover as medidas necessárias visando à integração da programação municipal à do Estado;

C) Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos necessários à operacionalização das ações e atividades específicas na área de saúde da pessoa com deficiência;

D) Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e reabilitação da pessoa com deficiência;

E) Estimular e viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas instâncias do SUS;

F) Promover a criação, na rede de serviço do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para a pessoa com deficiência;

G) Viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

H) Organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;

I) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando a prevenção de deficiências;

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por da população com deficiência visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;

M) Realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando a promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência;

N) Apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente, de forma integrada com outras instituições que prestam atendimento às pessoas com deficiência.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A implementação desta Política Nacional está pautada em processo de acompanhamento e avaliação permanente que permita o seu contínuo aperfeiçoamento, a partir das necessidades que venham a ser indicadas na sua prática.

Para o desenvolvimento do processo, serão definidos indicadores e parâmetros específicos os quais, aliados aos dados e informações geradas pela avaliação dos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão esta Política, possibilitarão conhecer o grau de alcance do seu propósito, bem como o impacto sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Entre os indicadores que poderão ser utilizados nesse processo, figuram, por exemplo: índices de cobertura assistencial; taxa de capacitação de recursos humanos; distribuição de medicamentos, órteses e próteses; taxa de implementação de novos leitos de reabilitação; comparações de informações gerenciais; taxas de morbidade; censos demográficos; pesquisa por amostragem domiciliar.

Ao lado disso, no processo de acompanhamento e avaliação referido, deverão ser estabelecidos mecanismos que favoreçam também verificar em que medida a presente Política tem contribuído para o cumprimento dos princípios e diretrizes de funcionamento do SUS, explicitados na Lei n.º 8.080/90, sobretudo no seu Capítulo II, art. 7º. Entre esses, destacam-se:

a “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema” (inciso II);

a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (inciso III);

a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (inciso IV);

o “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde” (inciso V);

a “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” (inciso VI); e

a “a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis da assistência” (inciso XII).

6. TERMINOLOGIA

Abordagem multiprofissional e interdisciplinar - assistência prestada por equipe constituída por profissionais de especialidades diferentes, que desenvolve processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados, de acordo com as incapacidades apresentadas pelo paciente.

Acidentes vásculo-encefálico - alteração na vascularização do cérebro que pode ser isquêmico ou hemorrágico.

Ações básicas de reabilitação - ações que visam minimizar as limitações e desenvolver habilidades, ou incrementá-las, compreendendo avaliações, orientações e demais intervenções terapêuticas necessárias, tais como: prevenção de deformidades, estimulação para pessoas com distúrbios da comunicação, prescrição e fornecimento de próteses etc.

Ações complexas de reabilitação - ações que se utilizam-se de tecnologia apropriada com o objetivo de conseguir maior independência funcional da pessoa com deficiência.

Aconselhamento genético - orientação fornecida após a realização de exames genéticos prévios que possibilitam verificar a probabilidade de se ter filhos com problemas genéticos.

Alterações da fala e linguagem - constituem-se em perda ou anormalidade de caráter permanente, apesar de parcialmente recuperáveis com a terapia, que geram incapacidades para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Anemia falciforme - defeito na hemácia, que se torna disforme quando há baixa de oxigenação no sangue, sendo destruída.

Anóxia perinatal - falta de oxigênio no parto, que pode provocar uma lesão no cérebro.

(240) Assistência ou atendimento em reabilitação - terapia realizada para reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Atendimento hospitalar em reabilitação - terapias realizadas em nível hospitalar visando reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Avaliação funcional - avaliar a capacidade de o indivíduo em manter as habilidades motoras, mentais e sensoriais para uma vida independente e autônoma.

Bolsa de ostomia - bolsa coletora de secreções intestinais.

Capacidade adaptativa - capacidade de se adequar a uma nova situação.

Capacidade funcional - capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Cardiopatias - qualquer processo ou doença do coração.

Centros de Referência em Reabilitação - serviços do setor saúde nos quais são realizadas a reabilitação em nível terciário, pesquisas e capacitação de recursos humanos.

Condições funcionais - situação encontrada após a avaliação funcional.

Condutas típicas - "manifestações de comportamento típicos de pessoas com síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízo no relacionamento social, em grau que requeira atendimento especializado" (MEC, 1994).

Deficiência auditiva - perda total ou parcial da capacidade de ouvir.

Deficiência mental - caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade. (Associação Americana de Deficiência Mental - AAMD).

Deficiência motora - refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor, que compreende o sistema ósteo-articular, o sistema muscular e o sistema nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida.

Deficiência visual - engloba tanto a cegueira quanto a baixa visão.

Deficit neurológico - comprometimento ou perda da função causada por lesões no sistema nervoso.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Diagnóstico etiológico - determina a causa das doenças, quer diretas, quer predisponentes, e do seu mecanismo de ação.

Diagnóstico sindrômico - determina o grupo de sintomas e sinais que, considerados em conjunto, caracterizam uma moléstia ou lesão.

Diagnóstico funcional - determina a ação normal ou especial de um órgão e grau de comprometimento.

Equipe básica de reabilitação - equipe cuja composição é interdisciplinar - médico e enfermeiro - com a presença ou não de equipe auxiliar treinada.

Erros inatos do metabolismo - doença na qual o organismo não consegue eliminar determinadas substâncias que produz e que lhe causam doenças.

Exame de cariótipo - exame genético mediante o qual são descobertas as anomalias.

Fatores perinatais - ocorrências identificadas no período que vai desde a vigésima semana ou mais de gestação e termina após o vigésimo oitavo dia do nascimento.

Fatores pós-natais - ocorrências identificadas após o nascimento.

Fenilcetonúria - doença metabólica hereditária, na qual existe uma deficiência de fenilalanina-hidroxilase que, quando não tratada, acarreta retardamento mental (Dicionário Médico - Blakiston)

Genética clínica - é ramo da medicina que trata dos fenômenos da hereditariedade.

Habilitação - processo de desenvolvimento de habilidades.

Hemiplégicos - pessoas com paralisia de um dos lados do corpo.

Hemofilia - transtorno de coagulação, caracterizado por transmissão recessiva ligada ao sexo, produzindo uma coagulação anormal ou deficiente do plasma.

Hemoglobinopatias - doenças relacionadas com as alterações na hemoglobina ou alteração dos glóbulos vermelhos do sangue

Hipertireoidismo congênito - estado funcional resultante de insuficiência de hormônios tireoidianos de origem congênita.

Hipoxemia - diminuição do teor de oxigênio no sangue.

Índice de Apgar - avaliação quantitativa das condições do recém-nascido com um a cinco minutos de vida, obtida pela atribuição de pontos à qualidade da frequência cardíaca ao esforço respiratório, à cor, ao tônus muscular e a reação ao estímulo; somando esses pontos, o máximo do melhor índice será de dez.

Inteligência conceitual - refere-se às capacidades fundamentais da inteligência, envolvendo suas dimensões abstratas.

Inteligência prática - refere-se à habilidade de se manter e de se sustentar como pessoa independente nas atividades da vida diária. Inclui capacidades como habilidades sensório-motoras, de autocuidado e segurança, de desempenho na comunidade e na vida acadêmica, de trabalho e de lazer, autonomia.

Inteligência social - refere-se à habilidade para compreender as expectativas sociais e o comportamento de outras pessoas, bem como ao comportamento adequado em situações sociais.

Internação em reabilitação - internação realizada pós-trauma visando ações de reabilitação intensas e frequentes.

Internamento (ou internação) no domicílio - assistência médica e paramédica prestada no domicílio.

Lesão - alteração estrutural ou funcional devida a uma doença. Comumente esse termo é utilizado em relação às alterações morfológicas.

Lesão medular - alteração da estrutura funcional da medula.

Lesão traumática - alteração produzida por um agente mecânico ou físico.

Lesões nervosas - alterações no sistema nervoso.

Lesões neuromusculares - alteração estrutural ou funcional dos nervos e músculos.

Lesões osteoarticulares - alteração estrutural ou funcional nos ossos e articulações.

Manutenção de ganhos funcionais - treinamento contínuo objetivando a preservação das aquisições motoras, mentais ou sensoriais já adquiridas.

Nefropatias - doenças que acometem o sistema renal.

Núcleo (ou centro) de atendimento em reabilitação - local onde é realizado um conjunto de terapias e outras ações destinado a possibilitar às pessoas com deficiência o alcance de sua autonomia funcional.

Orientação prognóstica - aconselhamento na predição da provável evolução e do desfecho de uma doença, lesão ou anomalia.

Órtese - aparelhagem destinada a suprir ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, de um membro ou de um segmento de um membro, ou a deficiência de uma função.

Ostomias - são órgãos ou parte interna do organismo que não se comunica com o meio externo e que por alguma anormalidade passa a se comunicar.

Osteoporose - desossificação, com decréscimo absoluto de tecido ósseo, acompanhada de fraqueza estrutural.

Ototoxicose - substâncias tóxicas que afetam a audição.

Paralisia cerebral - qualquer comprometimento de funções neurológicas devido a lesões cerebrais congênitas (anomalia do desenvolvimento durante o primeiro trimestre da gravidez) ou adquirida (ocasionadas por um parto difícil ou por traumatismo acidental durante os primeiros meses de vida).

Paraplégicos - paralisia dos membros inferiores.

Perda auditiva neurossensorial - um tipo de surdez.

Perturbações psiquiátricas - doenças ou transtornos mentais e emotivos.

Prevenção secundária - consiste no tratamento da doença já instalada, visando evitar o aparecimento de deficiências ou incapacidades.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Processo reabilitativo - ver reabilitação.

Prótese - aparelho ou dispositivo destinado a substituir um órgão, um membro ou parte do membro destruído ou gravemente acometido.

Reabilitação - segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, “é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais”.

Retinopatia diabética - doença da retina causada pela diabetes.

Rubéola - doença contagiosa benigna e aguda, causada por vírus, das crianças e dos adultos jovens, caracterizada por febre, exantema pouco intenso e linfonopatia fetais, quando a infecção materna ocorre no início da gravidez.

Serviços de apoio à vida cotidiana - ações desenvolvidas por pessoal treinado visando auxiliar as pessoas com deficiência nas atividades de vida diária e de vida prática.

Tecnologia assistiva - conjunto de medidas adaptativas ou equipamentos que visam a facilitar a independência funcional das pessoas com deficiência.

Transtornos congênitos - alterações decorrentes de fatores hereditários.

Transtornos orgânicos - alterações que interferem no funcionamento do organismo.

Transtornos perinatais - alterações que ocorrem durante o nascimento.

7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARAÚJO, Luís Alberto David. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994. 140 p.

BARROS Filho, T.E.P. et all. Revista Hospital das Clínicas, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 45(3): 123-126, 1990.

BRASIL. Constituição República Federativa do Brasil (1988). Brasília. Senado Federal, Centro Gráfico. 1998. 292p.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Conselho Consultivo. Subsídios para planos de ação dos governos federal e estadual na área de atenção ao portador de deficiência. Brasília: CORDE, 1994.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Política nacional de prevenção de deficiências. Ministério da Ação Social - CORDE, Brasília, 1992.

BRASIL. Relatório da Câmara Técnica sobre Reabilitação Baseada na Comunidade. Ministério da Justiça. SDC. CORDE.1995.

BRASIL. Lei de diretrizes e bases (DO QUÊ?). 1996.

BRASIL. MEC. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Livro 1, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde. Brasília:1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Promoção da Saúde. Brasília.1998. Texto mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoas Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília. 1995. 48 pgs.

BRITO, P. Veitzman, S. Causas da cegueira em criança. Arquivo brasileiro de oftalmologia, 1998.

CASTRO JUNIOR, N.P.; LOPES FILHO, O.C.; FIGUEIREDO, M.S.; REDONDO, M.C. Deficiência auditiva infantil: aspectos de incidência, etiologia e avaliação audiológica. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v.46, p.228-36, 1980.

_____. Do estudo da audiometria de tronco cerebral em neonatos normais e de alto risco. São Paulo, 1991. 78p. Tese (doutorado). Escola Paulista de Medicina. CIDID

(319) CLIFTON. G.L. Spinal Coord in Jury in the Houston Galneston Area. In: Tex - Med 79:55-8, 1983 - EUA.

COMITE DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA. Prevenção de deficiências. Brasília. Corde, s/data. 34 pgs.

CHRISTENSEN, E. e MELCHIOR, J. Cerebral Palsy. A Clinical and Neuropathological Study. Clinic in Development Medicine. N.º 25 W. Heinemenn-London, 1967

Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. tradução Edilson Alkimim da Cunha. 2ª edição. Brasília: Corde. 1997. 54 ps.

DIAMENT, A. e Cypel, S. Neurologia Infantil. 3ª edição. Livraria Atheneu, 1996.

FOSTER, Allen. Blindness prevention, Statistics and principles of control, workshop of ocular health, São Paulo, 1999.

INFORMAPAE. Boletim mensal da Federação Nacional das APAES. Ano IV, Janeiro de 1996.

JANNUZI, G. S.M. JANNUZI, N. Portadores de necessidades especiais no Brasil: reflexões a partir do censo demográfico 1991. SEESP, MEC, Brasília: Revista Integração, ano 7: 18, 1997. P.40-46.

KARA José. ALMEIDA, Vicente N. de, et alli. Causas de deficiência visual em crianças. Bol of Panam, 1997. (5) Pg. 405- 412. 1994.

LAURENTI. R. et all. Estatística de Saúde, São Paulo. EPU, 1990.

LEITE, Ama e Maranhão, H.P. Situação do Atendimento dos Portadores de Necessidades Educativas Especiais nos Municípios do estado do RJ. Resultados. Rio de Janeiro, outubro/98.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção a Grupos Especiais.

MAIOR, Isabel Maria M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. Cadernos de Pesquisa n07, São Paulo: CEBRAP.1997. pg.31 a 47.

NALLIN, Araci. Reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos: análise de representação do discurso. Brasília: Corde, 1985. 184 ps.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Normas e recomendações internacionais sobre a deficiência. tradução Edilson Alkimim Cunha, Brasília: Corde, 1996. 113ps.

OMS. Classificacion internacional de las deficiencias actividades e participacion: um manual de las dimensiones de la inhabilitacion e su funcionamento. Genebra. 1997. Versão preliminar.

Programa de ação mundial para as pessoas com deficiências. Tradução Edilson Alkmin da Cunha, Brasília: Corde, 1996.

REGULY, Vanessa Soledade. A inserção dos deficientes físicos no mercado de trabalho na região metropolitana de Salvador. Salvador:1998. Monografia apresentada à UNIFACS.

RIBAS, João Batista Cintra. As pessoas portadoras de deficiência na sociedade brasileira. Brasília: Corde, 1997.

Educação inclusiva, desenho universal e integração. HYPER- LINK http://www.gente www.gente especial.com.br/arquitetura.htm.

SALIMENE, ACM. Sexo: caminho para a reabilitação. São Paulo:Cortez, 1995.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão social: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários. 1997. Htp://www.entreamigos.com.br.temas.

SILVEIRA, J.A.M. Estudo da deficiência auditiva em crianças submetidas a exames de potenciais evocados auditivos: etiologia, grau da deficiência e precocidade diagnóstica. São Paulo, 1992. 107p. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TARICO, M.C. et all, The social and vocational outcome of spinal cor injury patients. In: Paraplegia, the International Journal of Spinal Cord, vol 30:3, 1992, 214-219, International Medical Society of Paraplegia.

TARTARELA. M B et alli. Visão subnormal em crianças. Arquivos brasileiros de oftalmologia. 54 (5). Pg. 221-224. 1991.

UNICEF. Deficiência Infantil: Sua Prevenção e Reabilitação. Relatório da Reabilitation International, Junta Executiva do UNICEF, 1980.

WHO/PBL 93-27. Management of low vision in children, Bangkok, 1992

WHO/PBL 97.61. Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. Programme for the Prevention of Blindness and Deafness. 1997.

ANEXO XIV

Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo 1 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 2º)

Art. 3º Ficam aprovadas as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma do Anexo 2 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIV

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Anexo 1)

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

1 - Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, em que está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo.

2 - Antecedentes

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do Século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos).

A perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do Século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação".

Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas.

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. Era frequente funcionários sem qualificação alguma na área da saúde prestarem atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde.

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena - tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial n° 1.141/94 constitui uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução n° 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

2.1 - Situação atual de saúde

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 350.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, FUNAI, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Cerca de 60% dessa população vivem no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país:

Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representa cerca de 15% da população do estado; 4% no Amazonas; e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de localidades a população indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outros das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social.

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. O Estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade, numa população hoje estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, é um dos exemplos nesse sentido. Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 1.900, outros, como os Latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 pessoas.

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

De acordo com dados consolidados dos relatórios de 1998, de 22 das 47 administrações regionais da Fundação Nacional do Índio, sobre uma população de cerca de 60 mil indivíduos, foram registrados 466 óbitos, quase 50% deles entre menores de cinco anos de idade, tendo como causas mais frequentes as doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias e as parasitoses intestinais, a malária e a desnutrição. As causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população indígena no Brasil, afetando sobretudo regiões com Mato Grosso do Sul e Roraima.

Por sua vez, os dados consolidados no Relatório de Atividades de 1998, da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA, baseiam-se no material enviado pelas equipes de saúde indígena de 24 unidades da federação. Referem-se a uma população de 312.017 indígenas e, num total de 219.445 ocorrências, mostram um incremento de cerca de 24,7% sobre o volume registrado no ano anterior. A indicação de causas de óbitos (844) é proporcionalmente semelhante a dos dados analisados pela FUNAI.

A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior frequência e severidade as comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881.4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525.6 por 100.000, segundo os dados da organização Comissão Pró-Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado e relativos ao mesmo ano, indicam que a tuberculose foi responsável por 22,7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2,2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono frequente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. A partir de 1988 começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos 36 casos conhecidos até o momento, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem linguística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações intergrupais, é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção. Com relação às DST, cofator que potencializa a infeção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da FUNASA de 1998 indicou 385 casos registrados.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades.

A deficiência do sistema de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas.

A descontinuidade das ações e a carência de profissionais fizeram com que muitas comunidades indígenas se mobilizassem, desde os anos 70, de diversas maneiras, especialmente por intermédio de suas organizações juridicamente constituídas, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças e agravos de maior impacto sobre sua saúde, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

Mesmo sem um programa de formação e inserção institucional definidos, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde vinham atuando no Brasil. A maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde as distâncias são medidas em dias de viagens por estradas em precário estado de conservação ou rios de navegabilidade difícil ou impossível durante o período da seca, os agentes indígenas de saúde são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças. Cerca de 13% dos agentes indígenas de saúde estão inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a maioria no Nordeste. Na Região Amazônica, a maioria das iniciativas foi tomada por organizações indígenas e não-governamentais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

3 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

4 - Diretrizes

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;

- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;

- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;

- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;

- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;

- promoção de ações específicas em situações especiais;

- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;

- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;

- controle social.

4.1 - Distrito Sanitário Especial Indígena

4.1.1 - Conceito

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;

- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura;

- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;

- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;

- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

4.1.2 - Organização

Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde.

Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos.

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta Política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Polos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do SUS. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

4.2 - Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) -Lei nº 9.394/96-, no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos socioantropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços.

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas fará gestões, junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação, no sentido de obter a certificação de competências para os agentes que seguirem o processo de formação, inclusive aqueles já capacitados, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96.

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema.

As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais.

O órgão responsável pela execução desta Política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena.

4.3 - Monitoramento das ações de saúde

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade.

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações.

Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo.

O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário.

Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena.

O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

4.4 - Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligados ao processo saúde-doença.

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

seus diversos especialistas.

A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

4.5 - Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendida a dispensação e a prescrição -, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários.

Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Assim, os pressupostos que devem orientar os gestores, no sentido de tornar efetivas as ações e diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos, são:

a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;

c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);

d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;

e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação;

f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopeia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

4.6 - Promoção de ações específicas em situações especiais

Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;

2 - prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos;

3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;

4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;

5 - prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças;

6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos;

7 - desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias.

4.7- Promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com o órgão indigenista oficial, adotará e promoverá o respeito à Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução nº 304/2000, que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas. Igualmente, será promovido o cumprimento das normas do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução n° 1.246/88, do Conselho Federal de Medicina, bem como a realização de eventos que visem aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

4.8 - Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas. Mesmo nos casos em que a definição de limites e o processo de demarcação das terras indígenas tenham ocorrido de forma satisfatória, assegurando-se as condições indispensáveis para o futuro dos ocupantes, e mesmo que estes se incluam entre os grupos mais isolados e com contatos menos frequentes e desestabilizadores com a sociedade envolvente, há demandas importantes colocadas na interface entre meio ambiente e saúde para populações indígenas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Por um lado, a ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos rios, têm afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compõem a alimentação tradicional nas aldeias. Por outro, as relações de contato alteraram profundamente as formas tradicionais de ocupação, provocando concentrações demográficas e deslocamentos de comunidades, com grande impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e de outros recursos naturais básicos no seu entorno.

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d`água situados acima das terras indígenas.

As ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, deverão ter como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores.

4.9 - Controle social

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais.

Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito.

Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde.

Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete.

Os presidentes dos conselhos serão eleitos diretamente pelos conselheiros, que devem elaborar o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital.

Os Conselhos Distritais serão formalizados pelo presidente do órgão responsável pela execução desta política, mediante portaria publicada no Diário Oficial.

Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Deve ser ainda estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), já existente e em funcionamento.

As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade.

5 - Responsabilidades institucionais

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta Política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

- Articulação intersetorial

Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações.

O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta Política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

- Articulação intrassetorial

Do ponto de vista da articulação intrassetorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.

5.1 - Ministério da Saúde

Os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto n° 3.146, de 27 de agosto de 1999 (art. 3º), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão responsável pela execução das ações. As atribuições da FUNASA, em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, são as seguintes:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

- promover a articulação intersetorial e intrassetorial com as outras instâncias do SUS;

- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país;

- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A FUNASA, por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), desenvolverá atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que incluirão a promoção de encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

5.2 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.

5.3 - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ)

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) é o órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

5.4 - Ministério da Educação

Uma estreita cooperação com o Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação é de importância vital para a execução de diversos aspectos desta política. Entre estes, destacam-se a necessidade de integração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental na formação dos Agentes Indígenas de Saúde, o envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas, assim como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas.

5.5 - Ministério Público Federal

A participação do Ministério Público Federal tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas.

5.6 - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP) foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa à vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução n° 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas decorrentes de sua condição excepcional.

5.7 - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI/CNS)

O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei n° 8.080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

6 - Financiamento

As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementada por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica.

ANEXO 2 DO ANEXO XIV

Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1)

Art. 1º O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º)

I - a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - o objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, V)

VI - a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VI)

VII - o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VIII - na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VIII)

IX - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IX)

CAPÍTULO I
DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS
(Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 2º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º)

I - formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º, I)

Art. 3º À Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º)

I - coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º, I)

Art. 4º Ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º)

I - planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, V)

VI - supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VI)

VII - implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VII)

VIII - articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VIII)

IX - propor alterações nas áreas de abrangência dos DSEI. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IX)

Art. 5º Às Coordenações Regionais (CORE) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º)

I - coordenar e articular no âmbito de cada Unidade Federada a execução das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - planejar em conjunto com os DSEI as ações integrais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - articular junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, V)

VI - homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VI)

VII - articular no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VII)

VIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VIII)

Art. 6º Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º)

I - planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho locais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IX - executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XI)

XII - o chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XII)

XIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XIII)

Art. 7º Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º)

I - aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - acompanhar as ações dos Conselho locais de saúde indígena; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, III)

Art. 8º Aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e não Governamentais compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º)

I - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, I)

Parágrafo Único. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º Fica a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) autorizada a normatizar e regulamentar as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, previstas nesta portaria. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 9º)

ANEXO 3 DO ANEXO XIV

Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Origem: PRT MS/GM 2759/2007)

Art. 1º São diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º)

I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, I)

II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, II)

III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolventes, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, III)

IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, estado e municípios); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, IV)

V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, V)

VI - considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa - ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VI)

VII - garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VII)

VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VIII)

Art. 2º Fica instituído o Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, com as seguintes incumbências: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º)

I - elaborar e pactuar com as instâncias implicadas uma norma que regulamente as ações de atenção em Saúde Mental às populações indígenas, onde estejam implicadas estruturas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, I)

II - coordenar as ações no âmbito do Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias representativas de comunidades indígenas, para o enfrentamento das situações emergenciais da atenção à saúde mental indígena, como o alcoolismo, o suicídio e outros problemas prevalentes; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, II)

III - elaborar um sistema de monitoramento e avaliação das ações de atenção em saúde mental às populações indígenas, em sua implantação e implementação. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, III)

Art. 3º São integrantes do Comitê, sob a coordenação do primeiro, e a coordenação adjunta do segundo, os seguintes membros: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde Mental (DAPES/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante do Projeto VIGISUS - Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho de Comunidades Indígenas das cinco regiões do país; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) pesquisador convidado, de universidade brasileira; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, X)

ANEXO 4 DO ANEXO XIV

Comitê Consultivo de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 69/2004)

Art. 1º Fica instituído o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Comitê Consultivo terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - apreciar as propostas de condução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, a)

II - contribuir com o Departamento de Saúde Indígena/FUNASA nas normatizações técnicas e operacionais da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, b)

III - propor medidas técnicas e operacionais ao Departamento de Saúde Indígena/FUNASA de matérias relevantes a Organização e Gestão dos Serviços de Saúde Indígena; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, c)

IV - participar de fóruns nacionais de discussão da Política de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, d)

Art. 2º O Comitê Consultivo será composto pelos referidos membros, com as seguintes representações: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º)

I - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) - 4 (quatro) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

II - Ministério da Saúde (MS): (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

a) Secretaria-Executiva - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, a)

b) Secretaria de Atenção à Saúde - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde - 1 (um) representante; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, c)

d) Secretaria de Gestão Participativa - 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, d)

III - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

V - organizações indígenas - 3 (três) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VI - Organizações Indigenistas - dois representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VII - Conselhos Distritais de Saúde Indígena - 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VIII - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IX - Ministério Público Federal (6ª Câmara) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

X - Ministério da Educação - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XI - Ministério do Meio Ambiente - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XII - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XIII - Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Federal (CONDSEF) - 2 (dois) representantes. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 1731/2004)

§ 1º A Secretaria Executiva do Comitê será indicada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê Consultivo não receberão nenhuma gratificação para o seu exercício, sendo considerado de relevância pública. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Caberá ao Presidente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) regulamentar através de portaria o funcionamento do Comitê Consultivo e designar os seus membros. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

§ 4º O mandato dos membros do Comitê Consultivo será de um ano, permitida a recondução. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 4º)

§ 5º As despesas decorrentes do funcionamento do Comitê ficarão a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 5º)

~~ANEXO 5 DO ANEXO XIV~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)
~~Certificado Hospital Amigo do Índio (Origem: PRT MS/GM 645/2006)~~

~~Art. 1º~~ ~~Fica instituído o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~Art. 2º~~ ~~Para concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio, deverão ser observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~I -~~ ~~garantia do direito ao acompanhante, dieta especial e informação aos usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~II -~~ ~~garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~III -~~ ~~participação nas instâncias de Controle Social (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde) e de pactuação intergestores do SUS, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~IV -~~ ~~garantia de informação em saúde à rede integrada do SUS, compreendendo as unidades de saúde indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~V -~~ ~~garantia de critérios especiais de acesso e acolhimento a partir da avaliação de risco clínico e vulnerabilidade sócio-cultural; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VI -~~ ~~garantia de instâncias próprias de avaliação com participação de usuários e gestores no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VI)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VII -~~ ~~garantia de Ouvidoria adaptada às especificidades étnico-culturais dos povos indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VIII -~~ ~~garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VIII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~Art. 3º~~ ~~Fica instituído o Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~I -~~ ~~certificar os estabelecimentos de saúde da rede do SUS em obediência aos critérios de concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~II -~~ ~~estabelecer instrumentos, indicadores, metas e avaliação, bem como o período de renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~III -~~ ~~estabelecer critérios de não renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~IV -~~ ~~divulgar nas instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde), Comissões Bipartite e Tripartite, bem como os relatórios de certificação e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~V -~~ ~~articular com as instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais), Comissões Bipartite e Tripartite e o acompanhamento do processo de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~Art. 4º~~ ~~O Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio será integrado por um representante das seguintes instituições: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~I -~~ ~~Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~II -~~ ~~Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~III -~~ ~~Conselho Nacional de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~IV -~~ ~~Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~V -~~ ~~Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, do Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VI -~~ ~~Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VI)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VII -~~ ~~Fundação Nacional do Índio (FUNAI); e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VIII -~~ ~~Sexta Câmara do Ministério Público Federal. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VIII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~Parágrafo Único.~~ ~~É facultado ao Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio a constituição de Grupos de Trabalho Locais para visitas de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

ANEXO XV

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 1º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 2º)

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Além do disposto neste Anexo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reger-se-á, de forma complementar, pelos elementos informativos constantes do Anexo 1 do Anexo XV . (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO I)

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º)

I - universalidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, I)

II - integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, II)

III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, III)

IV - descentralização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, IV)

V - hierarquização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, V)

VI - equidade; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VI)

VII - precaução. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VII)

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º)

I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, I)

II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, II)

III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º)

Parágrafo Único. As pessoas e os grupos vulneráveis de que trata o "caput" devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO II)

Art. 8º São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º)

I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I)

a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, a)

b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, b)

c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, c)

d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, d)

e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, e)

f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, f)

g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, g)

h) participação dos trabalhadores e suas organizações. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, h)

II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II)

a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, b)

c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, c)

d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, d)

e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, e)

f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, f)

g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, g)

h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, h)

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III)

a) atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, a)

b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, b)

c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, c)

d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, d)

e) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, e)

f) sistemas de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, f)

g) sistema de regulação do acesso; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, g)

h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, h)

i) sistema de auditoria; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, i)

j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, j)

IV - ampliar o entendimento de que de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, IV)

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, V)

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VI)

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VII)

CAPÍTULO III
DAS ESTRATÉGIAS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO III)

Art. 9º São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º)

I - integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I)

a) planejamento conjunto entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades produtivas e com potencial impacto ambiental no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, a)

b) produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação aos estados e municípios no desenvolvimento das ações de vigilância, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, b)

c) harmonização e, sempre que possível, unificação dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, c)

d) incorporação dos agravos relacionados ao trabalho, definidos como prioritários para fins de vigilância, nas listagens de agravos de notificação compulsória, nos âmbitos nacional, estaduais e municipais, seguindo a mesma lógica e fluxos dos demais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, d)

e) proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, e)

f) formação e manutenção de grupos de trabalho integrados para investigação de surtos e eventos inusitados e de investigação de situações de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, saúde do trabalhador e rede de laboratórios de saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, f)

g) produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, g)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

h) incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos estados e municípios, de práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, h)

i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, i)

j) investimentos na ampliação da capacidade técnica e nas mudanças das práticas das equipes das vigilâncias, especialmente para atuação no apoio matricial às equipes de referência dos municípios; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, j)

k) participação conjunta nas estratégias, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, k)

l) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além das ações específicas de VISAT; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, l)

m) atualização e ou revisão dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, m)

II - análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II)

a) identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a atenção primária em saúde e os setores da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, a)

b) implementação da rede de informações em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, b)

c) definição de elenco de indicadores prioritários para análise e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, c)

d) definição do elenco de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória e inclusão no elenco de prioridades, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, d)

e) revisão periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, e)

f) realização de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores e o comportamento dos principais indicadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, f)

g) estruturação das estratégias e processos de difusão e comunicação das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, g)

h) garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos seguintes sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h)

1. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 1)

2. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 2)

3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 3)

4. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAISUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 4)

5. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 5)

6. Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 6)

7. Registros de Câncer de Base Hospitalar (RCBH); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 7)

i) articulação e sistematização das informações das demais bases de dados de interesse à saúde do trabalhador, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i)

1. Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 1)

2. Sistema Único de Benefícios (SUB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 2)

3. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 3)

4. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 4)

5. Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (SFIT); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 5)

6. Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 6)

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 7)

8. outros sistemas de informações dos órgãos e setores de planejamento, da agricultura, do meio ambiente, da segurança pública, do trânsito, da indústria, comércio e mineração, das empresas, dos sindicatos de trabalhadores, entre outras; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 8)

j) gestão junto a essas instituições para acesso às bases de dados de forma desagregada, conforme necessidades da produção da análise da situação de saúde nos diversos níveis territoriais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, j)

k) produção e divulgação, periódicas, com acesso ao público em geral, de análises de situação de saúde, considerando diversos níveis territoriais (local, municipal, microrregional, macrorregional, estadual, grandes regiões, nacional); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, k)

l) estabelecimento da notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional dos acidentes de trabalho graves e com óbito e das intoxicações por agrotóxicos, considerando critérios de magnitude e gravidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, l)

m) viabilização da compatibilização e/ou unificação dos instrumentos de coleta de dados e dos fluxos de informações, em articulação com as demais equipes técnicas e das vigilâncias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, m)

n) gestão junto à Previdência Social para que a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho feito pelo SUS (Sinan) seja reconhecida, nos casos de trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, n)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

o) criação de sistemas e bancos de dados para registro das informações contidas nos relatórios de inspeções e mapeamento dos ambientes de trabalho realizados pelas equipes de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, o)

p) definição de elenco básico de indicadores de morbimortalidade e de situações de risco para a composição da análise de situação de saúde dos trabalhadores, considerando o conjunto dos trabalhadores brasileiros, incluindo as parcelas inseridas em atividades informais, ou seja, o total da População Economicamente Ativa Ocupada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, p)

q) articulação intra e intersetorial para a implantação ou implementação de observatórios de saúde do trabalhador, em especial, articulando-se com o observatório de violências e outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, q)

r) articulação, apoio e gestão junto à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) para fins de ampliação dos atuais indicadores de saúde do trabalhador constantes das publicações dos Indicadores Básicos de Saúde (IDB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, r)

s) garantia da inclusão de indicadores de saúde do trabalhador nas RIPSA estaduais, conforme necessidades e especificidades de cada estado; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, s)

t) produção de protocolos e manuais de orientação para os profissionais de saúde para a utilização da Classificação Brasileira de Ocupação e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, t)

u) avaliação e produção de relatórios periódicos sobre a qualidade dos dados e informações constantes nos sistemas de informação de interesse à saúde do trabalhador; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, u)

v) disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, v)

III - estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III)

a) ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a)

1. reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 1)

2. reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 2)

3. reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 3)

4. identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 4)

5. inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 5)

6. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 6)

7. suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 7)

8. notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no SIAB e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 8)

9. subsídio à definição da rede de referência e contrarreferência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 9)

10. articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 10)

11. definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 11)

12. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 12)

b) ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 1)

2. identificação da relação entre o trabalho e o acidente, violência ou intoxicação exógena sofridos pelo usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan e adequado registro no SIH-SUS para os casos que requererem hospitalização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 3)

4. acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 4)

5. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 5)

6. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 6)

7. harmonização dos conceitos dos eventos/agravos e unificação das fichas de notificação dos casos de acidentes de trabalho, outros acidentes e violências; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 7)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

8. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 8)

9. estabelecimento de parcerias intersetoriais e referência e contrarreferência com as unidades de atendimento e serviços das Secretarias de Segurança Pública, Institutos Médico Legais, e setores/departamentos de trânsito e transporte; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 9)

c) ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar): (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 1)

2. suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 3)

4. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 4)

5. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 5)

6. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 6)

IV - fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV)

a) aplicação de indicadores de avaliação de impactos à saúde dos trabalhadores e das comunidades nos processos de licenciamento ambiental, de concessão de incentivos ao desenvolvimento, mecanismos de fomento e incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, a)

b) fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, como nas carvoarias, madeireiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral, calcareiras, mineração, entre outros, envolvendo os Ministérios do Trabalho e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, b)

c) compartilhamento e publicização das informações produzidas por cada órgão e instituição, inclusive por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, c)

V - estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V)

a) acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, a)

b) buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, b)

c) estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, c)

d) apoiar o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, d)

e) inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, e)

f) transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, f)

VI - desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI)

a) adoção de estratégias para a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, incluindo os técnicos dos centros de referência e das vigilâncias, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, a)

b) inserção de especificação da atribuição de inspetor de vigilância aos técnicos em saúde do trabalhador nos planos de carreira, cargos e vencimentos, nas esferas estadual e municipal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, b)

c) inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, c)

d) capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, d)

e) capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, e)

f) estabelecimento de referências e conteúdos curriculares para a formação de profissionais em saúde do trabalhador, de nível técnico e superior; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, f)

g) produção de tecnologias mistas de educação presencial e a distância e publicização de tecnologias já existentes, com estabelecimento de processos e métodos de acompanhamento, avaliação e atualização dessas tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, g)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

h) articulação intersetorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o Ministério da Educação, para fins de inclusão de conteúdos temáticos de saúde do trabalhador nos currículos do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação em sentido amplo e restrito, possibilitando a articulação ensino / pesquisa /extensão, bem como nos cursos voltados à qualificação profissional e empresarial; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, h)

i) investimento na qualificação de todos os técnicos dos CEREST, no mínimo, em nível de especialização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, i)

j) integração com órgãos de fomento de pesquisa, nacionais e internacionais e com instituições responsáveis pelo processo educativo como universidades, centros de pesquisa, organizações sindicais, ONG, entre outras; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, j)

k) apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social, movimento sindical e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, k)

VII - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII)

a) articulação estreita entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, a)

b) adoção de critérios epidemiológicos e de relevância social para a identificação e definição das linhas de investigação, estudos e pesquisas, de modo a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento de problemas prioritários no contexto da saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, b)

c) desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a saúde do trabalhador no SUS, que articulem as ações de promoção, vigilância, assistência, reabilitação e produção e comunicação de informações, e resultem em produção de tecnologias de intervenção em problemas prioritários em cada território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, c)

d) definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico conceituais do campo da saúde do trabalhador, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da atenção à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, d)

e) incentivo à pesquisa e aplicação de tecnologias limpas e/ou com reduzido impacto à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente, bem como voltadas à produção de alternativas e substituição de produtos e processos já reconhecidos como danosos à saúde, e formas de organização de trabalho saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, e)

f) estabelecimento de rede de centros de pesquisa colaboradores na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, f)

g) estabelecimento de mecanismos que garantam a participação da comunidade e das representações dos trabalhadores no desenvolvimento dos estudos e pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação dos seus resultados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, g)

h) garantia, pelos gestores, da observância dos preceitos éticos no desenvolvimento de estudos e pesquisas realizados no âmbito da rede de serviços do SUS, mediante a participação dos Comitês de Ética em Pesquisa nesses processos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, h)

§ 1º A análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", compreende o monitoramento contínuo de indicadores e das situações de risco, com vistas a subsidiar o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador, de forma mais abrangente, no território nacional, no estado, região, município e nas áreas de abrangência das equipes de atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º No que se refere à análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", dever-se-á promover a articulação das redes de informações, que se baseará nos seguintes pressupostos: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º)

I - concepção de que as informações em saúde do trabalhador, presentes em diversas bases e fontes de dados, devem estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informações e Informática do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, I)

II - necessidade de estabelecimento de processos participativos nas definições e na produção de informações de interesse à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, II)

III - empreendimento sistemático e permanente de ações, com vistas ao aprimoramento e melhoria da qualidade das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, III)

IV - compartilhamento de informações de interesse para a saúde do trabalhador, mediante colaboração intra e intersetorial, entre as esferas de governo, e entre instituições, públicas e privadas, nacionais e internacionais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, IV)

V - necessidade de estabelecimento de mecanismos de publicação e garantia de acesso pelos diversos públicos interessados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, V)

VI - zelo pela privacidade e confidencialidade de dados individuais identificados, garantindo o acesso necessário às autoridades sanitárias no exercício das ações de vigilância. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, VI)

§ 3º O processo de capacitação em saúde do trabalhador, de que trata o inciso VI do caput, deverá: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º)

I - contemplar as diversidades e especificidades locorregionais, incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multiprofissional e as experiências acumuladas pelos estados e municípios nessa área; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, I)

II - abranger todos os profissionais vinculados ao SUS, independente da especialidade e nível de atuação - atenção básica ou especializada, os inseridos em programas e estratégias específicos, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, saúde da família, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e em saúde ambiental, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, II)

III - considerar, sempre que possível, com graus de prioridade distintos, as necessidades de outras instituições públicas e privadas -sindicatos de trabalhadores e patronais, organizações não governamentais (ONG) e empresas que atuam na área de modo interativo com o SUS, em consonância com a legislação de regência; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IV - contemplar estratégias de articulação e de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros além de outros que apresentem correlação com a área da saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação, incluindo a oferta de vagas para estágios curriculares e extracurriculares. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, IV)

CAPÍTULO IV
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV)

Seção I
Das Atribuições dos Gestores do SUS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 10. São responsabilidades da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10)

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, I)

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, II)

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, III)

IV - assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, IV)

V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, V)

VI - desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, VI)

Art. 11. À direção nacional do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11)

I - coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, II)

III - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IV)

V - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, V)

VI - promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância e de assistência à saúde do trabalhador junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VI)

VII - monitorar, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VII)

VIII - estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos municípios e nos estados a partir dos sistemas de informação em saúde, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento estratégico da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VIII)

IX - elaborar perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IX)

X - promover a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, X)

XI - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XI)

XII - promover a formação e a capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, junto à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XII)

XIII - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIII)

XIV - conduzir a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional e a inclusão do elenco prioritário de agravos relacionados ao trabalho na listagem nacional de agravos de notificação compulsória; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIV)

XV - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XV)

Art. 12. À direção estadual do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12)

I - coordenar, em âmbito estadual, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, II)

III - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros, para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CES; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IV)

V - apoiar tecnicamente e atuar de forma integrada com as secretarias municipais de saúde na implementação das ações de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, V)

VI - organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, os mecanismos e os fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VI)

VII - realizar a pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VII)

VIII - monitorar, em conjunto com as secretarias municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IX)

X - garantir a implementação, nos serviços públicos e privados, da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como do registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados nos municípios, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento desta Política; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, X)

XI - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XI)

XII - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas técnicas pertinentes à sua esfera de competência, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XII)

XIII - promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS, inclusive na forma de educação continuada, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIII)

XIV - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIV)

XV - definir e executar projetos especiais em questões de interesse locorregional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XV)

XVI - promover, no âmbito estadual, a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XVI)

Art. 13. Compete aos gestores municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13)

I - executar as ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, I)

II - coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, II)

III - conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, III)

IV - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IV)

V - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, V)

VI - constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VI)

VII - participar, em conjunto com o estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VII)

VIII - articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IX)

X - implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, X)

XI - instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

XII - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XII)

XIII - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIII)

XIV - promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIV)

Seção II
Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14)

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, I)

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, II)

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, III)

§ 1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das secretarias municipais de saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 1º)

§ 2º Para as situações em que o município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 2º)

§ 3º O apoio matricial, de que trata o art. 14, II, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 3º)

Art. 15. As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15)

Parágrafo Único. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único)

I - a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, I)

II - a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, II)

CAPÍTULO V
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO V)

Art. 16. As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, III)

§ 1º O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador, nos moldes de uma atuação permanentemente articulada e sistêmica. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 2º)

Art. 17. A avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pelas três esferas de gestão do SUS, devem ser conduzidos considerando-se: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17)

I - a inserção de ações de saúde do trabalhador, considerando objetivos, diretrizes, metas e indicadores, no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, em cada esfera de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, I)

II - a definição de que as ações de saúde do trabalhador, em cada esfera de gestão, devem expressar com clareza e transparência, os mecanismos e as fontes de financiamento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, II)

III - o estabelecimento de investimentos nas ações de vigilância, no desenvolvimento de ações na Atenção Primária em Saúde e na regionalização como eixos prioritários para a aplicação dos recursos de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, III)

IV - a definição de interlocutor para o tema saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IV)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

V - a inclusão na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) de ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, V)

VI - a produção de protocolos, de linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, de acordo com os níveis de organização da vigilância e atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VI)

VII - a capacitação dos profissionais de saúde, visando à implementação dos protocolos, das linhas guias e das linhas de cuidado em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VII)

VIII - a definição dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, de acordo com as diretrizes clínicas, as linhas de cuidado pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), garantindo a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VIII)

IX - o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde do trabalhador pactuados, bem como o acompanhamento da evolução histórica e tendências dos indicadores de morbimortalidade, nas esferas municipal, micro e macrorregionais, estadual e nacional. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IX)

Art. 17-A. Os Sistemas de Informação que já preveem o cadastramento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente utilizados por Estados, Distrito Federal e Municípios, e os que serão desenvolvidos deverão ser adequados a esta Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 458 de 20.03.2020)

CAPÍTULO VI
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO VI)

Art. 18. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles voltados a cooperativas, da economia solidária e pequenos empreendimentos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, a serem inseridos nos pisos variáveis dos componentes de vigilância e promoção da saúde e da vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

ANEXO 1 DO ANEXO XV
Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Anexo 1)

ELEMENTOS INFORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Os elementos informativos consistem na apresentação de conceitos e contextualização de termos e conteúdos explicativos e conformadores da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Tem como finalidade precípua conferir caráter pedagógico e orientador à Política.

1. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao usuário para atendimento da integralidade que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, inclusive as de saúde do trabalhador, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS é objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

2. A participação da comunidade é um princípio fundante do SUS, estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tendo relevância e especificidades na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Partindo deste principio, a participação dos trabalhadores é essencial nos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras dos agravos relacionados ao trabalho. Cabe às diversas instâncias do SUS assumir como legítima a participação da sociedade nas decisões envolvendo as políticas de saúde do trabalhador, estabelecendo-se relações éticas entre os representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, gestores e a equipe de saúde. A garantia da participação da comunidade e do controle social na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das políticas, contribui para o fortalecimento do exercício da cidadania pela sociedade.

3. Deve-se, no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observar a diretriz organizativa da descentralização, o que requer a consolidação do papel do Município como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador em seu território, de acordo com as necessidades e características de suas populações.

4. No que toca à diretriz da hierarquização, a construção da atenção integral à saúde do trabalhador passa pela integração de todos os níveis de atuação do SUS, em função de sua complexidade e densidade tecnológica, considerando sua organização em redes e sistemas solidários e compartilhados entre as três esferas de gestão e conforme a pactuação estadual e regional.

5. O direito à saúde constitui-se num direito social derivado do direito à vida, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução 217ª, III, da Assembleia Geral da ONU, 10/09/1948). No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um direito social (art. 6º) que decorre do princípio fundamental da dignidade humana (inciso III, art. 1º), cabendo ao Estado garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196). Dessa forma, é dever do poder público prover as condições e as garantias para o exercício do direito individual e coletivo à saúde, com a ressalva de que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, parágrafo 2º da Lei Nº 8.080/90). A responsabilidade sanitária é comum às três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, e deve ser desempenhada por meio da formulação, financiamento e gestão de políticas de saúde que respondam às necessidades sanitárias, demográficas e sócio-culturais das populações e superem as iniquidades existentes. Nesse sentido, o caráter ético-político da ação sanitária em saúde do trabalhador compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e saúde. Refere-se ao compromisso ético, que devem assumir gestores e profissionais de saúde nas ações desenvolvidas, tanto no que diz respeito à dignidade dos trabalhadores, ao direito à

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

informação fidedigna, ao sigilo, no que couber, das informações relativas ao seu estado de saúde e a sua individualidade, quanto em relação ao direito de conhecimento sobre o processo e os resultados das intervenções sanitárias, e de participação, inclusive na tomada de decisões.

6. A incorporação do princípio da precaução nas ações de saúde do trabalhador considera que, por precaução, medidas devem ser implantadas visando prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde. Busca, assim, prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros. Requer, na tomada de decisão em relação ao uso de determinadas tecnologias, que o ônus da prova científica passe a ser atribuído aos proponentes das atividades suspeitas de danos à saúde e ao ambiente.

7. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98). Apresenta como características gerais:

- O caráter transformador: a Vigilância em Saúde do Trabalhador constitui um processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica em assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Dessa maneira, a ação de VISAT deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

- A importância das ações de promoção, proteção e prevenção: partindo do entendimento de que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente preveníveis, esta Política deve fomentar a substituição de matérias primas, de tecnologias e de processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos. As práticas de intervenção em VISAT devem orientar-se pela priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva.

- Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber dos trabalhadores, necessários para o desenvolvimento da ação.

- Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

- Articulação intrasetorial: a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se articular com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde.

- Articulação intersetorial: deve ser compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

- Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas no âmbito da vigilância em saúde e com as universidades, os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

8. A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho. A articulação intra e intersetorial deve buscar a adoção de estratégias que viabilizem a inserção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nas políticas, públicas e privadas, mediante a garantia da participação do setor saúde/saúde do trabalhador na definição das políticas setoriais e intersetoriais. A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, e da população geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. A dignidade no trabalho refere-se à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais.

9. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, incluindo ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população. Cumpre ressaltar que esta Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como componente estruturante a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de forma articulada com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, especialmente, com a Atenção Primária à Saúde. A organização da atenção e o planejamento das ações de saúde do trabalhador devem contemplar as especificidades dos perfis das atividades produtivas e da população trabalhadora, considerando os problemas de saúde deles advindos, e sua distribuição nos territórios, em coerência à análise da situação de saúde dos trabalhadores.

10. Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde:

- Considerando que a vigilância em saúde do trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos, fica clara a existência de interfaces com os demais componentes da vigilância em saúde.

- Frequentemente os riscos advindos dos processos produtivos extrapolam os limites dos ambientes de trabalho e atingem, em maior ou menor grau, as comunidades e populações no entorno, ou até de locais mais distantes. Por outro lado, problemas de saúde, endemias e epidemias que atingem a população geral também afetam grupos de trabalhadores ou locais de trabalho específicos. Assim, pode-se observar certa superposição de ambientes, lugares e pessoas, que resultam na confluência de objetos e campos de atuação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

saúde ambiental e de saúde do trabalhador, incluindo o papel das redes, nacional e estadual, de laboratórios de saúde pública e dos setores responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das informações em saúde.

- O fortalecimento da capacidade de atuação e das competências técnicas e legais da vigilância em saúde do trabalhador e a integração das práticas entre as vigilâncias são, portanto, estratégicas para a obtenção de melhores resultados na proteção da saúde dos trabalhadores.

- Por outro lado, considerando a integralidade do cuidado e seu papel estruturante no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, cabe também à Atenção Primária à Saúde o desenvolvimento de ações de VISAT, em seu âmbito de atuação e complexidade, e conforme o perfil produtivo e da população trabalhadora em seu território. Para viabilizar essas ações é fundamental a integração das vigilâncias com a Atenção Primária à Saúde.

- A nova política nacional de atenção básica preconiza a inserção de profissionais especializados como uma possibilidade de apoio matricial a ser desenvolvido pelo NASF, conforme sua nova regulamentação, o que demanda a articulação entre as equipes técnicas envolvidas nas ações de saúde do trabalhador.

11. Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores: o conhecimento da situação de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção e sistematização das informações existentes em diversas fontes de dados e de interesse para o desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador, envolvendo o conhecimento sobre o perfil das atividades produtivas, da população trabalhadora, a realidade do mundo do trabalho, e a análise do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e de outros indicadores sociais, nos territórios. A análise da situação de saúde dos trabalhadores visa subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores nas diversas esferas de gestão do SUS, assim como servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores e da população. Além disso, deve subsidiar a permanente avaliação das políticas públicas e privadas, das empresas, dos trabalhadores e seus sindicatos, contribuindo inclusive na revisão, atualização e proposição de normas técnicas e legais. Para tal, as informações devem ser oportunas, fidedignas, inteligíveis e de fácil acesso.

12. Considerando o princípio de que a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo em que estes níveis de atenção se estabelecem com a lógica operacional da hierarquização e da regionalização, deve-se buscar o seu funcionamento enquanto rede solidária, resolutiva e de compartilhamento de saberes, práticas e de produção de conhecimento.

13. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária em Saúde (APS):

A Atenção Primária em Saúde é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme consta na Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Neste sentido, as equipes da APS e de saúde do trabalhador devem atuar de forma articulada para garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A ação da APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Assim, cabe à APS considerar sempre que os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares.

14. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Urgência e Emergência:

Os pontos de atenção às urgências e emergências constituem lócus privilegiado para a identificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, incluindo as intoxicações exógenas, assim como para o devido encaminhamento das informações aos setores de vigilância em saúde (e vigilância em saúde do trabalhador). Dada a frequência e gravidade desses casos, que são de notificação compulsória, aumenta a importância estratégica deste nível de atenção à saúde do SUS, possibilitando, a partir da notificação, o desencadeamento de medidas de prevenção e controle nos ambientes e locais de trabalho. Desse modo, a articulação desta Política com a Política Nacional de Urgência e Emergência e com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e seus desdobramentos nos estados e municípios, são estratégicos para a garantia da integralidade da atenção à saúde do trabalhador.

15. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar):

Considerando a lógica operacional da hierarquização e da regionalização das ações e serviços de saúde, os pontos de atenção especializada são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região.

16. Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial:

- A atuação intersetorial é pressuposto constituinte da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e condição para a obtenção de impactos positivos na intervenção nos determinantes das condições de saúde e trabalho.

- Deve ser entendida como a "... articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, saberes, poderes e vontades, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população". (Rede Unida)

- Sua prática possibilita o estabelecimento de estratégias de planejamento conjunto e articulado entre as políticas públicas, de modo a garantir a transversalidade das questões de saúde do trabalhador, de forma complementar, cooperativa e solidária.

- A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre diferentes esferas de governo - federal, estadual e municipal, que atuam na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas, públicas e privadas, que possam ter impacto sobre a saúde da população. Nos estados e municípios envolve órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, estruturas derivadas dos ministérios que atuam nas regiões, tais como Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego (SRTE), Superintendências Regionais do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e unidades descentralizadas da Fundacentro, Ministério Público, universidades, centros de pesquisas, entre outros.

17. Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social:

- O fortalecimento e a ampliação da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, na formulação, no planejamento, na gestão e no desenvolvimento das políticas e das ações em saúde do trabalhador, devem considerar as configurações do mundo do trabalho, as mudanças nos processos produtivos e na estrutura sindical, e o crescimento das relações informais e precárias de trabalho.

- Isso requer a busca de alternativas para a ampliação da representação dos trabalhadores nas instâncias de participação e controle social. Dessa forma, além dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e suas organizações sindicais, sugerem-se esforços que equacionem a participação de outras representações sociais que congreguem os trabalhadores de setores da economia informal, de produção agrícola, pescadores, comunidades tradicionais, trabalhadores rurais sem terra, quilombolas, trabalhadores autônomos e outros; dos empregadores; de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

grupos sociais e movimentos ambientalistas; com vistas à identificação de soluções e compromissos que favoreçam a promoção e a proteção da saúde de todos os trabalhadores.

- A participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social em saúde do trabalhador deve ser concebida como parte do controle social do SUS e deve estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

18. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

- A capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador tem importância estratégica na operacionalização desta Política. Esta qualificação deverá considerar a necessidade de harmonização dos conceitos e valores, e de mudanças nos processos de trabalho e nas práticas de saúde das equipes multiprofissionais nas três esferas de gestão do SUS, de modo a operar efetivamente como redes de atenção solidárias e compartilhadas e na perspectiva de viabilização de apoio institucional e matricial.

- Esse processo - abrangendo as esferas cognitivas e das competências, habilidades e atitudes - deverá proporcionar a preparação de profissionais, em quantidade suficiente, envolvendo a qualificação nas dimensões da gestão, planejamento e acompanhamento, da vigilância de agravos e dos ambientes e processos de trabalho, da assistência (diagnóstico, tratamento e reabilitação), da produção de informações e comunicação em saúde e da organização dos serviços. Entre as habilidades a serem incentivadas, figura a de permanente diálogo com as demais instituições responsáveis pelas ações de saúde dos trabalhadores, os trabalhadores e os empregadores, para que se efetive o controle social.

19. Garantia do financiamento das ações de saúde do trabalhador

- O financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, conforme o disposto na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990. Por isso, o desenvolvimento da PNST no SUS deve ser garantido através das fontes de financiamento do próprio sistema de saúde, devendo ser contemplada de modo adequado e permanente nos orçamentos de saúde da União, Estados, Municípios e DF, além de outras fontes.

- As ações de saúde do trabalhador, a serem desenvolvidas conforme esta Política e as políticas estadual e municipal de saúde, deverão contar com a respectiva previsão orçamentária, definida nos planos e nas programações anuais de saúde, nas três esferas de gestão do SUS.

- Para a garantia do financiamento, as ações de promoção e vigilância, de atenção à saúde do trabalhador, de educação permanente, entre outras, devem ser incluídas nos planos de saúde com especificação das respectivas necessidades orçamentárias e financeiras em cada um dos blocos de financiamento do SUS, conforme legislação específica, uma vez que as ações de saúde do trabalhador devem ser executadas por todos os pontos da rede, conforme a complexidade e densidade tecnológica de cada uma delas.

ANEXO XVI

Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (Origem: PRT MS/GM 122/2012)

Art. 1º Fica aprovado o regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

Art. 2º Ficam definidas as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 3º As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º)

§ 1º As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º As eCR utilizarão, quando necessário, as instalações das UBS do território. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 4º As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1029/2014)

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I)

~~**a)** enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, a)~~

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista e terapeuta ocupacional; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**b)** agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, b)~~

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico ou auxiliar em saúde bucal e profissional/professor de educação física; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II)

~~**a)** enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, a)~~

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista e terapeuta ocupacional; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**b)** agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, b)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico ou auxiliar em saúde bucal e profissional/professor de educação física; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, III)

Art. 5º As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º)

I - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, I)

II - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, II)

III - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, III)

IV - terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IV)

V - médico; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, V)

VI - agente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VI)

VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VII)

~~**VIII -** técnico em saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VIII)~~

VIII - técnico ou auxiliar em saúde bucal; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

IX - cirurgião dentista; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

X - profissional/professor de educação física; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, X) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

~~**XI -** profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, XI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)~~ **§ 4º** (Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 1º Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de 2 (dois) profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 3º As equipes de saúde da família que atendam pessoas em situação de rua poderão ter sua habilitação modificada para eCR, respeitados os parâmetros de adstrição de clientela e de composição profissional previstos para cada modalidade. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 3º)

~~**§ 4º** No caso do § 3º, as eCR poderão ser contabilizadas no numero de equipes matriciadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 4º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 5º O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 6º Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 7º Os agentes sociais exercerão as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º)

I - trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, I)

II - realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas); (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, II)

III - dispensação de insumos de proteção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, III)

IV - encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, IV)

V - acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, V)

§ 8º Os agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 8º)

~~**§ 9º** O técnico em saúde bucal da eCR será supervisionado por um cirurgião-dentista vinculado a uma Equipe de Saúde da Família (ESF) ou a outra equipe de atenção básica da área correspondente à área de atuação da eCR ou da UBS mais próxima da área de atuação, conforme definição do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 9º)~~

§ 9º O técnico ou auxiliar em saúde bucal da eCR será supervisionado pelo cirurgião dentista integrante da eCR ou, na hipótese de não haver esse profissional na eCR, por outro cirurgião dentista vinculado ao mesmo estabelecimento da eCR no SCNES. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**§ 10.** A equipe de que trata o §9º também será responsável pelo atendimento da população e pela programação de atividades em conjunto com o técnico em saúde bucal da eCR. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 10)~~

§ 10. O cirurgião dentista não integrante da eCR de que trata o § 9º será responsável também pelo atendimento da população e pela programação de atividades em conjunto com o técnico ou auxiliar de saúde bucal da eCR. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**§ 11.** A supervisão do cirurgião-dentista, de que trata o § 9º, direta ou indireta, será obrigatória em todas as atividades realizadas pelo técnico em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 11)~~

§ 11. A supervisão do cirurgião dentista, de que trata o § 9º, direta ou indireta, será obrigatória em todas as atividades realizadas pelo técnico ou auxiliar em saúde bucal. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 12. As equipes dos Consultórios na Rua, Modalidade III ou Modalidade II, que tenham perdido 1 (um) ou mais profissionais por um período superior a 60 (sessenta) dias, serão consideradas, temporariamente, para fins de repasse financeiro, como Modalidade II ou Modalidade I, de acordo com os seguintes critérios a serem observados no SCNES: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1922/2013)

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade I, sendo a mesma composta por 2 (dois) profissionais de nível superior e 2 (dois) profissionais de nível médio; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 180 (cento e oitenta) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade II, sendo a mesma composta por 3 (três) profissionais de nível superior e 3 (três) profissionais de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, b)

§ 13. O horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**Parágrafo Único.** O horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**Art. 6º** As eCR cumprirão carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ressalvada a possibilidade das equipes enquadradas na Modalidade III optarem por profissional médico com carga horária semanal de 30 (trinta) horas ou por 2 (dois) médicos com carga horária de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1922/2013)~~

Art. 6º Os profissionais das eCR cumprirão carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ressalvada a possibilidade das equipes enquadradas na Modalidade III optarem por profissional médico com carga horária semanal mínima individual de 30 (trinta) horas ou por 2 (dois) médicos com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

~~**Art. 7º** Para cálculo do número máximo de eCR financiados pelo Ministério da Saúde por Município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º)~~

~~**§ 1º** O número de eCR por município será publicado em portaria específica da SAS/MS, de acordo com os censos populacionais vigentes relacionados à população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 1º)~~

~~**§ 2º** O parâmetro adotado será de uma eCR a cada 80 (oitenta) a 1.000 (um mil) pessoas em situação de rua, conforme faixas estabelecidas no Anexo 1 do Anexo XVI . (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 2º)~~

Art. 7º Para cálculo do número máximo de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município e Distrito Federal, serão considerados os dados populacionais relacionados à população em situação de rua, dos órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 1º O número máximo de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município ou Distrito Federal será publicado em portaria específica do Ministro de Estado da Saúde, de acordo com as informações populacionais vigentes relacionadas à população em situação de rua, nos termos deste Anexo XVI. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 2º Para efeitos da comprovação de dados populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais, serão reconhecidas informações do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 3º Todos os números máximos atualizados de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município e Distrito Federal constarão em tabela disponibilizada no endereço eletrônico do Ministério da Saúde referente à Atenção Primária a Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

Art. 8º As eCR terão acesso a processos de educação permanente, contemplando-se, dentre outros, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 7º)

Art. 9º O gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da eCR, para viabilizar o cuidado presencial para a população de rua, consoante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º)

Parágrafo Único. O veículo destinado ao deslocamento da eCR deverá manter a identificação visual e o grafismo da eCR, de acordo com o padrão pactuado nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. Para implantação, credenciamento e liberação do financiamento das eCR, os municípios e o Distrito Federal seguirão os processos descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para implantação das Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 10)

Art. 11. O Ministério da Saúde publicará manual e documentos de apoio com vistas a auxiliar a implementação das eCR, disponibilizando-os no endereço eletrônico dab.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 11)

CAPÍTULO II
DOS CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR) POR MUNICÍPIO

Art. 12. Este Capítulo define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 1º)

~~**Art. 13.** Para o cálculo do número máximo de eCR por município serão considerados os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º)~~

~~**I -** para municípios com população de 100.000 (cem mil) a 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo DAB/SAS/MS; e (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, I)~~

~~**II -** para os municípios com população superior 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, de 2008, e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos, em 2011. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, II)~~

~~**Parágrafo Único.** Os municípios com população inferior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão ser contemplados com eCR, desde que comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)~~

Art. 13. O número máximo de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município e Distrito Federal de que trata o art. 7º corresponderá ao resultado da divisão do número de pessoas em situação de rua do ente federativo pelo número quinhentos (população de rua/500), devendo ser observadas, ainda, as seguintes regras: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

I - caso o resultado da divisão prevista no caput resulte em número fracionado, este deverá ser elevado ao primeiro número inteiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

II - o limite mínimo de população em situação de rua para que a eCR seja financiada pelo Ministério da Saúde é de 80 pessoas em situação de rua no município ou Distrito Federal; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

18.06.2018)

III - os municípios ou Distrito Federal com população total estimada de mais de 100.000 (cem mil) habitantes terão, no mínimo, 1 eCR financiada pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

Parágrafo único. O município ou Distrito Federal poderá solicitar ao Ministério da Saúde o aumento do número máximo de eCR nos termos deste artigo, desde que comprove o aumento da população em situação de rua, por meio de dados oficiais, consoante determinam os arts. 7º e 15. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

Art. 14. Os 92 (noventa e dois) Consultórios de Rua existentes no País quando da publicação da Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, não serão considerados para efeito da contagem do número máximo de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. Nos municípios onde houver Consultório de Rua, ele será somado ao número máximo de eCR obtido pelo cálculo definido neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

~~**Art. 15.** Observados os critérios de cálculo estabelecidos neste Capítulo, a relação completa do número máximo de eCR admitido por município será publicada no endereço eletrônico do DAB/SAS/MS, em www.saude.gov.br/dab. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 4º)~~

Art. 15. A comprovação e a verificação da população em situação de rua, nos termos dos arts. 7º e 13, será realizada no ato de solicitação de credenciamento de eCR, por meio de plataforma específica do Ministério da Saúde ou de ofício, conforme fluxo estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 1º As solicitações de credenciamento de eCR serão submetidas à análise técnica e à disponibilidade orçamentária. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

§ 2º O número de eCR credenciadas pelo Ministério da Saúde não deve ultrapassar o número máximo de que tratam os arts. 7º e 13. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2018)

CAPÍTULO III
DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Art. 16. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, com a seguinte composição de representantes titulares: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º)

I - representantes de órgãos e entidades públicas: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I)

a) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, a)

b) 3 (três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, b)

c) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, c)

d) 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, e)

f) 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, f)

II - representantes de entidades da Sociedade Civil Organizada: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II)

a) 3 (três) representantes do Movimento Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, a)

b) 2 (dois) representantes da Organização Médicos Sem Fronteiras, no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, b)

c) 2 (dois) representantes da Pastoral Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, c)

d) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, d)

e) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, e)

Art. 17. Constituem atribuições do Comitê Técnico de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º)

I - propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, II)

III - elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, III)

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, IV)

V - colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, V)

§ 1º A coordenação do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo será realizada pelo representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e, na sua ausência ou impedimentos eventuais, por seu suplente. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance de seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A designação dos componentes do Comitê, titulares e respectivos suplentes, será feita mediante ato do titular da SGEP/MS, após a indicação dos órgãos e entidades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 3º)

Art. 18. As reuniões ordinárias ocorrerão com frequência mínima de 3 (três) vezes ao ano. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 19. Os componentes do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo não receberão nenhuma remuneração para o seu exercício, sendo considerado trabalho de relevante interesse social. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 4º)

Art. 20. O Comitê definirá, em sua primeira reunião, o cronograma de trabalho e sua agenda de atividades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 5º)

ANEXO 1 DO ANEXO XVI

Número de Consultórios de Rua por Cidade (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 1)
(Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2021)

Número de Consultórios de Rua por Cidade (Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2021)

Região	Estado	Município	nº CR
CENTRO OESTE	DF	Brasília	3
	GO	Anápolis	1
		Aparecida de Goiânia	1
		Goiânia	4
	MG	Cuiabá	1
	MT	Várzea Grande	1
	MS	Corumbá	1
		Ponta Porã	1
NORTE	AC	Rio Branco	1
	AM	Manacapuru	1
		Manaus	1
	AP	Macapá	1
	PA	Belém	1
		Santarém	1
	RO	Porto Velho	1
NORDESTE	AL	Maceió	4
	BA	Salvador	4
	CE	Fortaleza	3
	MA	Imperatriz	1
	PB	Campina Grande	1
		João Pessoa	2
	PE	Camaragibe	1
		Olinda	1
		Paulista	1
		Recife	1
	PI	Teresina	1
	RN	Natal	1
SUDESTE	ES	Serra	1
		Vila Velha	1
		Vitória	1
	MG	Barbacena	1
		Belo Horizonte	2
		Janaúba	1
		Juiz de Fora	1
		Montes Claros	1
		Uberaba	1
		Uberlândia	1
	RJ	Duque de Caxias	1
		Itaboraí	1
		Macaé	1
		Niterói	1
		Nova Iguaçu	1
		Resende	1
		Rio de Janeiro	2
	SP	Campinas	2
		Diadema	2
		Embu	1
		Guarulhos	2
		Jundiaí	1
		Osasco	1
		Ribeirão Preto	1
		Santos	1
		São Bernardo do Campo	1
		São José do Rio Preto	1
		São José dos Campos	1
		São Paulo	2
		Sorocaba	1
		Suzano	1
SUL	PR	Cascavel	1

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

		~~Curitiba~~	~~4~~
		~~Maringá~~	~~4~~
	~~RS~~	~~Caxias do Sul~~	~~4~~
		~~Pelotas~~	~~4~~
		~~Porto Alegre~~	~~2~~
		~~Uruguaiana~~	~~4~~
		~~Viamão~~	~~4~~
	~~SC~~	~~Blumenau~~	~~4~~
		~~Criciúma~~	~~4~~
		~~Florianópolis~~	~~4~~
		~~Joinville~~	~~4~~
~~TOTAL~~			~~92~~

~~ANEXO 2 DO ANEXO XVI~~

~~Número de equipes em função da população em situação de rua (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 2)~~
(Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2021)

~~Número de equipes em função da população em situação de rua~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 1.255 de 18.06.2021)

~~FAIXA~~	**~~POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA~~**	**~~Nº DE EQUIPES~~**
~~1~~	~~80 - 1000~~	~~1~~
~~2~~	~~1001 - 2000~~	~~2~~
~~3~~	~~2001 - 3000~~	~~3~~
~~4~~	~~3001 - 4000~~	~~4~~
~~5~~	~~4001 - 5000~~	~~5~~
~~6~~	~~5001 - 6000~~	~~6~~
~~7~~	~~6001 - 7000~~	~~7~~
~~8~~	~~7001 - 8000~~	~~8~~
~~9~~	~~8001 - 9000~~	~~9~~
~~10~~	~~9001 - 10000~~	~~10~~
~~11~~	~~10001 - 11000~~	~~11~~
~~12~~	~~11001 - 12000~~	~~12~~
~~13~~	~~12001 - 13000~~	~~13~~
~~14~~	~~13001 - 14000~~	~~14~~
~~15~~	~~14001 - 15000~~	~~15~~
~~16~~	~~15001 - 16000~~	~~16~~

ANEXO XVII

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Origem: PRT MS/GM 1082/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Este Anexo define as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 1º)

Art. 2º Para fins do disposto neste Anexo, consideram-se as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º)

I - adolescente em conflito com a lei: aquele que cometeu algum ato infracional e que cumpre medida socioeducativa em meio aberto ou fechado, em situação de privação de liberdade, conforme definido na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, I)

II - medida socioeducativa em meio aberto: aquela cumprida na forma de prestação de serviço à comunidade e de liberdade assistida, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, II)

III - privação de liberdade: cumprimento de medida socioeducativa de internação, de internação provisória e de semiliberdade, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, III)

IV - Plano Operativo: documento que tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, descrevendo-se as atribuições e compromissos entre as esferas estadual e municipal de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, IV)

V - Plano de Ação Anual: documento elaborado anualmente que contém os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, V)

Art. 3º A execução de medidas socioeducativas privativas de liberdade é de responsabilidade da Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, cabendo às Secretarias Municipais de Assistência Social as medidas em meio aberto. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º Ao adolescente em conflito com a lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, será garantida a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 4º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Seção I
Dos Princípios
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º A organização das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será realizada de acordo com os seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º)

I - respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, I)

II - enfrentamento ao estigma e preconceito; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, II)

III - respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, III)

IV - garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, IV)

V - reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, V)

VI - atenção humanizada e de qualidade a esta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VI)

VII - permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VIII)

VIII - organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VII)

Seção II
Dos Objetivos
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º A PNAISARI tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 6º)

Art. 7º São objetivos específicos da PNAISARI: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º)

I - ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, I)

II - estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, II)

III - incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), de modo a atender as complexas necessidades desta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, III)

IV - promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, IV)

V - garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, V)

VI - priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VI)

VII - promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VII)

Seção III
Da Organização
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados os seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º)

I - promoção da saúde e prevenção de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, I)

II - ações de assistência e reabilitação da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, II)

III - educação permanente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, III)

Art. 9º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º)

I - o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, I)

II - a saúde sexual e a saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, II)

III - a saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, III)

IV - a saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, IV)

V - a prevenção ao uso de álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, V)

VI - a prevenção e controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VI)

VII - a educação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VII)

VIII - os direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VIII)

Art. 10. A atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será organizada e estruturada na Rede de Atenção à Saúde, garantindo-se: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10)

I - na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I)

a) as principais ações relacionadas à promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

b) as ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com foco na ampla garantia de direitos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, b)

c) o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, c)

d) o aleitamento materno junto às adolescentes, sobretudo às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, d)

e) os cuidados de saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, e)

f) o desenvolvimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, f)

g) a articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, g)

h) o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, h)

II - na Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II)

a) o acesso à assistência de média e alta complexidade na rede de atenção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, a)

b) a implementação de estratégias para promoção de cuidados adequadas nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar, considerando-se as especificidades de abordagem desta clientela e os agravos decorrentes da institucionalização; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, b)

c) o acesso aos cuidados em saúde nos pontos de atenção da Rede de urgência e Emergência, de modo a preservar suas especificidades; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, c)

d) acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade, para atenção aos adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o oferecimento de suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, respeitando-se as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os acolhendo em regime de curta permanência. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, d)

§ 1º Todos os pontos da rede de atenção à saúde devem garantir aos adolescentes em conflito com a Lei, segundo suas necessidades, o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º A Atenção Básica tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a Lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e devem realizar essa atenção com base territorial. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO III
DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III)

Art. 11. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, ou seja, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, em função de suas características peculiares de maior vulnerabilidade, seguirá critérios e normas específicos constantes deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 11)

Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12)

§ 1º Todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica, conforme atribuições constantes do Anexo 1 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 2º)

§ 3º Toda equipe de saúde existente dentro de unidade socioeducativa será cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 3º)

Art. 13. Para a atenção em saúde mental de adolescentes em situação de privação de liberdade, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência para esta população poderá ser acrescida de: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13)

I - 1 (um) profissional de saúde mental, para atenção à unidade socioeducativa com população até 40 (quarenta) adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, I)

II - 2 (dois) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população entre 41 (quarenta e um) e 90 (noventa) adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, II)

III - 3 (três) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população, excepcionalmente, acima de 90 (noventa) adolescentes. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, III)

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, compreende-se como profissionais de saúde mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 1º)

§ 2º As equipes de Atenção Básica, sempre que possível, serão multiprofissionais, compondo-se com pelo menos 1 (um) psicólogo ou médico psiquiatra em cada equipe de saúde da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º Os profissionais de saúde mental que compuserem as equipes de saúde da Atenção Básica responsáveis pelas ações de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade deverão ser cadastrados no SCNES da equipe de saúde da Atenção Básica de referência, com possibilidade de serem vinculados ao NASF. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 3º)

Seção I
Das Atribuições da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 14. A implementação da atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade ocorrerá com a participação conjunta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios onde se localizar a unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14)

Parágrafo Único. Os entes federativos mencionados no "caput" incluirão a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade nos seus respectivos planejamentos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. A Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizarem as unidades socioeducativas, em conjunto e em articulação com a Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, organizarão o provimento de ações contínuas para a atenção à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade na Rede de Atenção existente e conforme diretrizes contidas no Capítulo V da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sinase. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 15)

Art. 16. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16)

I - coordenar e apoiar a implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, I)

II - participar do financiamento tripartite para a atenção integral à saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica aos estados, Distrito Federal e municípios no processo de discussão e implementação dos Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, III)

IV - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base os Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, IV)

V - elaborar e disponibilizar diretrizes assistenciais a serem implementadas pelas unidades do sistema socioeducativo e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, V)

VI - padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VI)

VII - apoiar tecnicamente o Ministério dos Direitos Humanos no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação, compreendendo-se instalações físicas e equipamentos; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VII)

VIII - elaborar conteúdos mínimos de capacitação dos profissionais das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, das redes de saúde e intersetoriais no âmbito da educação permanente a ser disponibilizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete aos Estados, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17)

I - apoiar os municípios na implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, I)

II - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, II)

III - apoiar e participar da elaboração e execução dos Planos Operativos e Planos de Ação Municipais, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII , em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, III)

IV - inserir no seu planejamento anual e no Plano Estadual de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IV)

V - apoiar e incentivar a inserção da população adolescente em conflito com a lei e a privada de liberdade nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Estado e municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, V)

VI - apoiar tecnicamente o desenvolvimento das ações previstas no Plano de Ação Anual dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VI)

VII - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VII)

VIII - participar da organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade em parceria com a gestão municipal de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VIII)

IX - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IX)

X - prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos e Planos de Ação Anuais; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, X)

XI - monitorar e avaliar a implementação das ações constantes no Plano de Ação Anual em conjunto com os Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, XI)

Art. 18. Compete aos Municípios, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18)

I - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, I)

II - elaborar e executar o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII , em parceria com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, II)

III - inserir no seu planejamento anual e no Plano Municipal de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, III)

IV - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IV)

V - inserir a população adolescente em conflito com a lei nos programas e políticas da saúde promovidas pelo município; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, V)

VI - garantir o abastecimento de medicamento e insumos de acordo com a com as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e e Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VII - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VII)

VIII - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VIII)

IX - participar da elaboração de diretrizes assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias de medidas socioeducativas e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IX)

X - inserir os adolescentes no processo de Cadastramento dos Usuários do SUS do município. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, X)

Art. 19. Ao Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, competem os direitos e obrigações reservados às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 19)

Art. 20. O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo, previstos na Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20)

Parágrafo Único. O Plano Operativo de que trata o "caput" tem prazo de validade de 4 (quatro) anos, e deve, ao final deste período, ser reapresentado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente e à Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ/DAPES/SAS/MS), nos moldes dispostos no Anexo 2 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 21. O Plano de Ação Anual deve ser apresentado por cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual de que trata o "caput" deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. A Secretaria de Saúde dos Estados, em casos excepcionais, poderá elaborar Plano Operativo e assumir a gestão das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade de Município localizado em seu território, mediante pactuação na CIB. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 22)

Seção II
Das Atribuições do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 23. Compete ao GTI instituído no âmbito do estado ou do município: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23)

I - a elaboração de Plano Operativo, conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, I)

II - a elaboração de Plano de Ação Anual, com definição das ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, II)

III - o acompanhamento e monitoramento da efetiva implementação da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, III)

IV - realização de diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, IV)

§ 1º Poderão integrar o GTI de que trata o "caput" representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º)

I - Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, a)

II - Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, b)

III - Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo em âmbito local; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, c)

IV - unidades socioeducativas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, d)

V - outras instituições e conselhos estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, e)

§ 2º Constará no Plano Operativo a indicação da Secretaria de Saúde do ente federativo responsável pela gestão das ações de saúde para os adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 2º)

§ 3º Dar-se-á ciência do Plano Operativo ao Conselho de Saúde e à CIB ou, quando for o caso, a Comissão Intergestores Regional (CIR). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 3º)

§ 4º O Plano Operativo deverá ser aprovado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 4º)

§ 5º A elaboração do Plano de Ação Anual deverá conter as ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 5º)

Seção III
Do Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 24. O ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade fará jus a incentivo financeiro de custeio, que será instituído e pago pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento dessas ações junto às unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de custeio de que trata o "caput" será instituído e regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde e repassado em parcelas mensais e iguais pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 25. Para habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para os entes federativos responsáveis pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, o ente federativo interessado deverá atender às disposições do Anexo XVII, que redefine a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), e apresentar à CGSAJ/DAPES/SAS/MS os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

I - Plano Operativo elaborado conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; e (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, I)

II - Plano de Ação Anual elaborado conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, II)

§ 1º O Plano Operativo de que trata o inciso I do caput deverá ser encaminhado à CIB e, quando couber, à CIR para ciência, e aprovado pelo Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, antes de ser enviado à CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os documentos de que tratam este artigo deverão ser encaminhados à CGSAJ/DAPES/SAS/MS por meio físico, pelos correios. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Plano Operativo e o Plano de Ação Anual serão documentos orientadores para a execução das fases de implementação da PNAISARI, assim como para o repasse de recursos, monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 3º)

Art. 26. A CGSAJ/DAPES/SAS/MS avaliará se a documentação de que trata o art. 25, encaminhada pelo ente federativo interessado, está correta e atende as exigências da PNAISARI, podendo aprova-la ou não. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Aprovada a documentação de que trata o "caput", será publicado ato específico do Ministro de Estado da Saúde com a relação dos entes federativos contemplados, as unidades socioeducativas beneficiadas e os valores que serão repassados mensalmente para cada unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 27. O monitoramento e a avaliação da implementação da PNAISARI serão realizados por meio de sistemas de informação oficiais da saúde e do Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" serão realizados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25, Parágrafo Único)

Art. 28. O monitoramento e avaliação da implantação e implementação da PNAISARI serão realizados pelo controle das equipes de saúde de referência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pelo acompanhamento do Plano de Ação Anual e visitas técnicas "in loco", além de outros instrumentos que serão construídos pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º)

§ 1º O repasse do incentivo financeiro de custeio será suspenso nos casos em for constatada equipe de referência incompleta, pela ausência de profissional médico, enfermeiro, cirurgião dentista e/ou de saúde mental, por período superior a 60 (sessenta) dias. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O repasse do incentivo financeiro de custeio também será suspenso caso sejam constatadas outras irregularidades na implantação e implementação da PNAISARI, a critério da CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A suspensão de que trata os §§ 1º e 2º será mantida até a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 3º)

Art. 29. O monitoramento da implantação e implementação da PNAISARI não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 6º)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO V)

Art. 30. Os casos não previstos neste Anexo, relativos à atenção à saúde em favor dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, serão analisados pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 26)

Art. 31. As ações de saúde previstas neste Anexo serão integrados aos Planos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, observada a legislação local específica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 27)

ANEXO 1 DO ANEXO XVII
Atribuições das Equipes de Referência em Saúde e Responsabilidades Setoriais Interfederativas (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 1)

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA EM SAÚDE E RESPONDABILIDADES SETORIAIS INTERFEDERATIVAS

1. Atribuições das equipes de referência em saúde

As equipes de referência em saúde preconizadas nesta Portaria integram a organização da Atenção Básica no SUS. Além de cumprir os princípios constitucionais e legais, a opção decorre do fato de que as Equipes de Atenção Básica detêm responsabilidade sanitária pela população residente nas unidades socioeducativas do seu território adstrito.

As equipes de referência devem seguir as atribuições indicadas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011).

Nesse sentido, ainda que haja equipe de saúde lotada e atuando somente dentro da unidade socioeducativa, é de fundamental importância que se garanta uma referência na rede de atenção à saúde pública externa a fim de garantir, mesmo de forma complementar, a realização de ações coletivas de promoção e de educação em saúde na lógica do SUS.

Essa estratégia favorece a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade e atende aos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente de incompletude institucional e reinserção social dos adolescentes em situação de privação de liberdade.

O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes deve fazer parte do Plano Individual de Atendimento (PIA), que deve ser acompanhado e avaliado periodicamente pela equipe multidisciplinar que os acompanha.

Ao compor o PIA, dados relativos às ações e avaliações em saúde desenvolvidas ou matriciadas pela equipe responsável também serão a base para os relatórios encaminhados ao juiz de execuções, bem como as suas modificações, que subsidiarão as decisões judiciais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

É importante, ainda, que a equipe de referência em saúde acompanhe a implementação das proposições do SINASE, que afetam direta e indiretamente a qualidade de vida e a produção de saúde da população.

1.1 Das atribuições específicas e do processo de trabalho dos profissionais de Saúde Mental

Os profissionais de saúde mental que integrarão as equipes de saúde de referência para o socioeducativo têm papel estratégico na garantia da produção de saúde dos adolescentes dessas instituições.

A inclusão de profissionais de saúde mental para atuarem junto às equipes de saúde se justifica em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização, da necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e da demanda de acompanhamento psicossocial, conforme indicação dada pelos arts. 60 e 64 da Lei nº 12.594, de 18/01/2012.

Sabe-se que nos contextos de privação de liberdade é comum a existência de problemas que afetam a saúde mental em diversas ordens, inclusive com relação ao uso de álcool e outras drogas. É importante esclarecer que isso não implica necessariamente na ocorrência de transtornos mentais, mas de um sofrimento psíquico que pode ser mais ou menos intenso em virtude da própria privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros.

As tecnologias desenvolvidas no campo da saúde mental podem contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas. As chamadas "tecnologias leves" referem-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico.

Toda a lógica de trabalho dos profissionais de saúde mental integrantes das equipes responsáveis pelas ações de saúde elencadas nestas diretrizes é baseada na estratégia do matriciamento. Isso significa que esses profissionais não têm como prioridade o atendimento individual, ambulatorial, nem mesmo a realização de avaliações demandadas pelo Judiciário. Seu papel principal é o matriciamento das ações de saúde mental junto às equipes da saúde e do socioeducativo.

Por matriciamento entende-se: i) discussão de casos clínicos; ii) participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; iii) atendimento psicossocial conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; iv) colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; v) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; vi) realização de visitas domiciliares conjuntas.

São atribuições dos profissionais de saúde mental e da equipe de saúde:

1) Realização de análise da situação de saúde mental da população socioeducativa para o planejamento das intervenções;

2) Articulação das redes de saúde e intersetorial disponíveis no território para atenção à saúde mental dos adolescentes;

3) Avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento dos casos que dela necessitem na Rede de Atenção à Saúde;

4) Elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, em conjunto com a equipe de saúde responsável e a equipe do socioeducativo, a partir das demandas mais prevalentes;

5) Desenvolvimento de ações e articulação com a rede para atenção à saúde e cuidados com as equipes que atendem às unidades socioeducativas;

6) Fomento a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no sistema socioeducativo;

7) Incentivo a intervenções e discussões sobre a dinâmica institucional para a produção de saúde mental no sistema socioeducativo;

8) Contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

9) Provisão de subsídios para o Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente;

10) Promoção do seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes após o cumprimento da medida socioeducativa.

ANEXO 2 DO ANEXO XVII

Plano Operativo (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 2)

PLANO OPERATIVO

O Plano Operativo tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, média e alta complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória. Descreve as atribuições e compromissos entre as esferas municipal e estadual de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes.

O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. Tem prazo de 4 (quatro) anos, devendo, ao final deste período ser reapresentado nas instâncias previstas no art. 16, III desta Portaria. Posto isso, deve conter:

1. Apresentação

- Contextualização dos sistemas socioeducativo e de saúde para atenção a adolescentes e jovens no Município/Estado;

- Deve conter a média anual de adolescentes internados por unidade socioeducativa do Município/Estado;

- Indicação do Grupo de Trabalho intersetorial responsável pela elaboração do Plano Operativo.

2. Diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade

- Informações gerais sobre as condições de saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade socioeducativa, com indicação dos principais agravos encontrados;

- Diagnóstico sobre as condições sanitárias, de saneamento e outras estruturais que afetam a salubridade na unidade socioeducativa;

- Informações sobre a organização do serviço de saúde, no âmbito físico, de processos e procedimentos com descrição dos ambientes disponíveis na Unidade socioeducativa, se houver.

3. Coordenação das Ações de Saúde:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Descrição de como as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, em parceria com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo, irão coordenar o processo de implantação das diretrizes e de como pretendem gerir o Plano Operativo, com explicitação de competências e atribuições.

4. Equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde em cada unidade socioeducativa:

- Informações sobre a Rede de Atenção á Saúde disponível no território;

- Indicação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente à equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família, com Equipe de Saúde Bucal, de referência em saúde para cada unidade socioeducativa do município;

- Para o caso da equipe responsável ser do socioeducativo (atuação dentro das unidades): informações sobre a composição, carga horária e órgão responsável pelo contrato da equipe de saúde responsável pelo desenvolvimento do Plano de Ação nas unidades socioeducativas do município;

- Indicação do(s) profissional(is) de Saúde Mental que comporá(ão) a equipe de saúde de referência, com a(s) respectiva(s) carga horária.

- Indicação dos números do CNES referentes à unidade socioeducativa que possuir estabelecimento de saúde (código 109).

- Indicação do número atual de profissionais de saúde existentes em cada unidade socioeducativa.

5. Fluxo e contrafluxo do cuidado com adolescentes nos pontos de atenção à saúde

- Indicação dos serviços de Atenção Básica, média e alta complexidade que serão referências para a atenção integral aos adolescentes de cada unidade socioeducativa, respeitadas as pactuações de articulação e conectividade da Rede de Atenção à Saúde;

- Indicação da organização de fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

- Indicação de fluxos e compromissos intersetoriais para atenção à saúde mental de adolescentes;

- Quando necessário, podem ser considerados os serviços de saúde de referência da Região de Saúde pactuada por estados e municípios.

6. Assistência Farmacêutica e Insumos

- Estabelecimento dos fluxos de abastecimento de medicamentos e insumos destinados à atenção à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade. Programação para recebimento dos materiais;

- Indicação de responsabilidades e compromissos entre as esferas federativas para o suprimento das necessidades farmacêuticas;

- Fluxo para dispensação e administração de medicamentos.

7. Parcerias governamentais e não-governamentais previstas:

Apresentação das parcerias já existentes e as necessárias/fundamentais para a atenção à saúde integral de adolescentes em situação de privação de liberdade constantes no Plano de Ação, com as respectivas atribuições acordadas.

8. Financiamento:

Explicitação das participações de cada uma das Secretarias envolvidas e de outras instituições parceiras no financiamento para a realização do Plano de Ação e implementação das diretrizes:

9. Acompanhamento e Avaliação do Plano Operativo

- Descrição de como a Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, bem como as secretarias gestoras do sistema socioeducativo - por meio do grupo gestor - farão o acompanhamento e avaliação da atenção à saúde dos adolescentes;

- Indicação dos responsáveis pela coleta de informações e envio de dados consolidados, de acordo com o monitoramento proposto;

- Indicação de como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos de Saúde acompanharão a implementação do Plano Operativo.

ANEXO 3 DO ANEXO XVII

Plano de Ação (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 3)

PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação Anual deve conter os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação e internação provisória. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa.

Cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade deve elaborar e desenvolver um Plano de Ação anual.

O planejamento anual deve ter a participação, sempre que possível, das equipes responsáveis pela atenção à saúde dos adolescentes. Modelo de Plano de Ação

I) Identificação do Município;

II) Identificação das Unidades Socioeducativas (USE):

a) nome das USE;

b) média de adolescentes atendidos no último ano

c) Indicação das equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde (equipe de atenção básica - incluindo os profissionais de saúde mental - e equipe de saúde da USE, quando houver) em cada USE do município, com o respectivo número do CNES;

III) Indicação dos principais agravos de saúde dos adolescentes no ano anterior: diagnóstico situacional de saúde;

IV) Indicação das ações a serem desenvolvidas em todas as unidades:

Linhas de Ação	Ação	Meta	Responsável

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A)	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial		
B)	Saúde Sexual e Saúde Reprodutivos		
C)	Saúde bucal		
D)	Saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas		
E)	Prevenção e Controle de agravos		
F)	Educação em Saúde		
G)	Direitos Humanos, Promoção da Cultura de Paz, prevenção de violências e assistência a vítimas		

V - Assinatura pelo gestor municipal/estadual de saúde e gestor do sistema socioeducativo

ANEXO XVIII

Regulamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014 (Origem: PRT MS/GM 482/2014)

Art. 1º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, observará o disposto neste Anexo.

CAPÍTULO I

DAS NORMAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP) NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 2º Ficam instituídas as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 1º)

Parágrafo único. As normas de que dispõe o caput serão observadas para a implementação de equipes e serviços de saúde credenciados pelo Ministério da Saúde, não implicando a vedação da atuação de profissionais de saúde e/ou equipes de saúde, não vinculados à PNAISP, sob a responsabilidade da gestão Municipal e/ou Estadual, conforme arranjo local. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

Art. 3º Os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais serão conformados de acordo com a população prisional e o funcionamento dos serviços, classificando-se em 3 (três) faixas: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º)

~~**I -** unidades prisionais que contenham até 100 (cem) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 6 (seis) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, I)~~

~~**II -** unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 500 (quinhentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 20 (vinte) horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, II)~~

~~**III -** unidades prisionais que contenham de 501 (quinhentos e um) a 1200 (um mil e duzentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 30 (trinta) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, III)~~

~~**Parágrafo Único.** Os serviços de saúde no sistema prisional observarão as normas sanitárias e de arquitetura penal vigentes. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)~~

I - unidades prisionais que contenham até 300 (trezentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 6 (seis) horas semanais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 1.700 (mil e setecentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 20 (vinte) horas semanais; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

III - unidades prisionais que contenham de 1.201 (mil duzentos e um) a 2.700 (dois mil e setecentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento de 30 (trinta) horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

Parágrafo único. Os serviços de saúde no sistema prisional observarão as normas sanitárias e de arquitetura penal vigentes. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~**Art. 4º** Os serviços de saúde de que trata o art. 3º serão prestados por equipes multiprofissionais, denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), constituídas nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º)~~

~~**I -** para unidades com até 100 (cem) custodiados: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I)~~

~~**a)** Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I, a)~~

~~**b)** Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I, b)~~

~~**II -** para unidades que mantêm entre 101 (cento e um) até 500 (quinhentos) custodiados: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II)~~

~~**a)** Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II, a)~~

~~**b)** Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II, b)~~

~~**III -** para unidades que mantêm entre 501 (quinhentos e um) até 1200 (um mil e duzentos) custodiados: Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, III)~~

~~**§ 1º** A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I terá composição mínima de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º)~~

~~**I -** 1 (um) cirurgião-dentista; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, I)~~

~~**II -** 1 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, II)~~

~~**III -** 1 (um) médico; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, III)~~

~~**IV -** 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, IV)~~

~~**V -** 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, V)~~

~~**§ 2º** A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental terá a composição definida no § 1º deste artigo, acrescida no mínimo de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º)~~

~~**I -** 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, I)~~

~~**II -** 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, d)

e) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, e)

f) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, f)

§ 3º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II terá composição mínima de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º)

I - 1 (um) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, I)

II - 1 (um) cirurgião-dentista; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, II)

III - 1 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, III)

IV - 1 (um) médico; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, IV)

V - 1 (um) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, V)

VI - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, d)

e) nutrição; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, e)

f) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, f)

g) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, g)

§ 4º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental terá a composição definida no § 3º deste artigo, acrescida no mínimo de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º)

I - 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, I)

II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, d)

e) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, e)

f) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, f)

§ 5º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III terá a mesma composição da Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, definida no §4º deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 5º)

§ 6º A classificação dos serviços de saúde previstos no art. 3º, para cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), será consignada em ato específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 6º)

§ 7º Os profissionais das ESP serão cadastrados no SCNES com as seguintes cargas horárias: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º)

I - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo I e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental, cada profissional cumprirá 6 (seis) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, I)

II - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo II e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, II)

III - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo III, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, III)

§ 8º Para serviço de saúde que referencie população acima de 1200 (um mil e duzentos) custodiados, a Equipe de Saúde no Sistema Prisional Tipo III será acrescida de profissionais de acordo com o incremento do número de custodiados, observando-se os critérios do art. 3º e a composição apresentada no Anexo 2 do Anexo XVIII . (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 8º)

§ 9º Os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município em que estiver localizado o estabelecimento prisional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 9º)

§ 10. Poderão ser alocados profissionais da rede local do SUS para a composição de Serviços e das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), desde que devidamente cadastrados no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 10)

§ 11. Para a constituição de serviços de saúde que referenciem unidades prisionais com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade, a gestão e a assistência à saúde serão preferencialmente dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 11)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 4º Os serviços de saúde de que trata o art. 3º serão prestados por equipes multiprofissionais, denominadas equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), constituídas nos seguintes termos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - Equipe de Atenção Primária Prisional com carga horária compartilhada com equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Saúde Bucal (eSB) do território, com composição mínima de: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

a) 1 (um) médico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

b) 1 (um) enfermeiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

c) 1 (um) cirurgião dentista; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

d) 1 (um) técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

e) 1 (um) técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - Equipe de Atenção Primária Prisional Essencial, com composição mínima de: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

a) 1 (um) médico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

b) 1 (um) enfermeiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

c) 1 (um) cirurgião dentista; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

d) 1 (um) técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

III - Equipe de Atenção Primária Prisional Ampliada, com a composição mínima de: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

a) 1 (um) médico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

b) 1 (um) enfermeiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

c) 1 (um) cirurgião dentista; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

d) 1 (um) técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

e) 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

1 - Enfermeiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

2 - Médico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

3 - Psicólogo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

4 - Assistente Social; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

5 - Farmacêutico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

6 - Nutricionista; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

7 - Fisioterapeuta; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

8 - Terapeuta Ocupacional; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

IV - Equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, com composição mínima de: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

a) 1 (um) médico psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

b) 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

1 - Psicólogo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

2 - Assistente social; ou (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

c) 1 (um) enfermeiro; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

d) 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

1 - Psicólogo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

2 - Assistente social; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

V - Profissional complementar de saúde bucal da equipe de Atenção Primária Prisional Essencial ou Ampliada: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

a) 1 (um) técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 1º Para unidades com população prisional de até 300 (trezentos) custodiados poderá ser credenciada eAPP, com carga horária mínima de 6 (seis) horas semanais, sob responsabilidade do município, implantada a partir de compartilhamento de carga horária cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com equipe de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal do território. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 2º Para unidades com população prisional entre 101 (cento e um) e 1.700 (mil e setecentos) custodiados poderá ser credenciada eAPP Essencial ou Ampliada, com carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, sob responsabilidade do estado ou do município. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 3º Em complementação à eAPP Essencial ou Ampliada com carga horária de 20 (vinte) horas semanais poderá ser credenciada no mesmo CNES: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

I - uma equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, nas modalidades de 20 (vinte) horas semanais ou 30 (trinta) horas semanais; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - um profissional complementar de saúde bucal, na modalidade 20 (vinte) horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 4º Para unidades com população prisional entre 1.201 (mil duzentos e um) e 2.700 (dois mil e setecentos) custodiados poderá ser credenciada eAPP Essencial ou Ampliada, com carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, sob responsabilidade do estado ou do município. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 5º Em complementação à eAPP Essencial ou Ampliada com carga horária de 30 (trinta) horas semanais poderá ser credenciada no mesmo CNES: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - uma equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, nas modalidades de 20 (vinte) horas semanais ou 30 (trinta) horas semanais; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - um profissional complementar de saúde bucal, na modalidade 30 (trinta) horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 6º Os profissionais das eAPP serão cadastrados no SCNES com as seguintes cargas horárias: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - as eAPP formadas a partir do compartilhamento de carga horária com equipe de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal do território, cada profissional cumprirá no mínimo 6 horas semanais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - as eAP Essencial ou Ampliada, equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional e profissional complementar de saúde bucal, na modalidade de 20 horas semanais, cada categoria profissional cumprirá carga horária de no mínimo 20 horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir as horas de atuação de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 horas semanais; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

III - as eAPP Essencial ou Ampliada, equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional e profissional complementar de saúde bucal, na modalidade de 30 horas semanais, cada categoria profissional cumprirá carga horária de no mínimo 30 horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir as horas de atuação de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 7º Para serviços de saúde que atendam população acima de 2.700 (dois mil e setecentas) pessoas privadas de liberdade, fica a critério do gestor de saúde a solicitação de credenciamento de mais de uma eAPP Essencial ou Ampliada, nas modalidades de 20 ou 30 horas semanais, desde que não extrapole os parâmetros de cobertura previstos para cada carga horária de equipe. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 8º Para serviços de saúde que atendam complexos penitenciários, cada eAPP Essencial ou Ampliada poderá atender pessoas privadas de liberdade em mais de uma unidade prisional do complexo, desde que não extrapole os parâmetros de cobertura previstos para cada carga horária de equipe. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 9º Os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município em que estiver localizado o estabelecimento prisional. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 10. Poderão ser alocados profissionais da rede local do SUS para a composição de serviços e das equipes descritas nesta Portaria, desde que devidamente cadastrados no SCNES. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 11. É permitido, para unidades com menos de 100 (cem) custodiados que assistam preferencialmente pessoas com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança, o credenciamento de eAPP Essencial ou Ampliada na modalidade de 20 (vinte) horas semanais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 12. Em unidades com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade que assistam preferencialmente pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, é recomendada a habilitação de Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II ou Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com saúde mental, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 12)

~~**Art. 5º** Uma vez aprovada a documentação apresentada, o Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico de habilitação com indicação do serviço de saúde e a(s) unidade(s) prisional(is) referenciada(s) do ente federativo apto ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal e o respectivo valor contemplado, segundo os parâmetros fixados nos Anexos VI, VII e VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 6º)~~

Art. 5º O credenciamento das eAPP se dará mediante solicitação do gestor municipal, estadual ou do Distrito Federal de saúde ao Ministério da Saúde, por meio de sistema eletrônico específico. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 1º A solicitação do gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal de saúde deverá apresentar as seguintes informações: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - para eAPP com carga horária compartilhada com eSF e eSB do território, o gestor deverá especificar a tipologia da equipe e a unidade prisional de atuação; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - para eAPP Essencial ou Ampliada, o gestor deverá especificar a tipologia da equipe, a modalidade de carga horária, a presença ou não de profissional complementar de saúde bucal e a unidade prisional de atuação; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

III - para equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, o gestor poderá solicitar credenciamento caso já exista uma eAPP Essencial ou Ampliada no mesmo CNES, ou concomitantemente à solicitação de credenciamento de uma nova eAPP Essencial ou Ampliada no mesmo CNES, e deverá, ainda, especificar a modalidade de carga horária e a unidade prisional de atuação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 2º O gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal de saúde deverá dar ciência ao Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite da solicitação de credenciamento ao Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 3º A comunicação de que dispõe o § 2º deve ser informada ao Ministério da Saúde no momento da solicitação de trata o caput, por meio de sistema eletrônico específico. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 4º O Ministério da Saúde realizará análise do pleito de acordo com critérios técnicos e disponibilidade orçamentária. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 5º O gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal de saúde deverá acompanhar a situação da solicitação de credenciamento no sistema de informação e realizar adequações quando necessário, de acordo com os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

§ 6º Após a publicação de portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão estadual, distrital ou municipal de saúde deverá cadastrar a equipe no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), no prazo de 6 (seis) competências, a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da equipe caso esse prazo não seja cumprido. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 7º Após o cadastro da equipe no SCNES, será publicada, no Diário Oficial da União, portaria de homologação contendo os dados do estabelecimento e o número Identificador Nacional de Equipe (INE) gerado a partir da inserção no sistema. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 8º A forma de contratação das equipes é de decisão do gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal de saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~**Art. 6º** O monitoramento e a avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas pelas ESP dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 8º)~~

~~**Parágrafo Único.** O registro dos procedimentos das ações de saúde dos serviços será realizado no sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), quando estiver aderido/implantado nos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)~~

Art. 6º As equipes credenciadas poderão alterar a tipologia de equipes e sua carga horária, por meio de solicitação em sistema eletrônico específico, mediante a apresentação das seguintes informações: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - para eAPP Essencial ou Ampliada, o gestor deverá especificar o CNES, INE, unidade prisional, a tipologia almejada (Essencial ou Ampliada), a modalidade de carga horária desejada e a presença ou não de profissional complementar de saúde bucal; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

II - para equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, o gestor deverá especificar o CNES, INE, unidade prisional e carga horária desejada. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 1º A análise da alteração de que trata o caput será realizada pelo Ministério da Saúde de acordo com critérios técnicos e disponibilidade orçamentária. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 2º O gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal de saúde deverá dar ciência ao Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite da solicitação de alteração da equipe ao Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 3º A comunicação de que dispõe o §2º deve ser informada ao Ministério da Saúde no momento da solicitação de trata o caput, por meio de sistema eletrônico específico. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

§ 4º Após a publicação de portaria de credenciamento no Diário Oficial da União, a gestão municipal, estadual ou do Distrito Federal deverá adequar o tipo de equipe conforme a nova modalidade no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), no prazo máximo de 2 (duas) competências do SCNES a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de suspensão do recurso até a regularização da situação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~**Art. 7º** O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima nos casos em que for constatada, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta e/ou da auditoria do Ministério da Saúde ou do Ministério da Justiça e Segurança Pública ou da Secretaria Estadual de Saúde ou da Secretaria Estadual de Justiça, ou órgão congênere, ou ainda dos órgãos de controle competentes ou órgãos de fiscalização e monitoramento no âmbito da justiça criminal, qualquer uma das seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º)~~

Art. 7º As equipes credenciadas deverão permanecer adequadamente cadastradas no SCNES para efeitos da transferência do incentivo financeiro federal. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

I - ausência, por um período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no art. 4º; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, I)

II - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, II)

III - ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da Saúde, por 90 (noventa) dias consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, III)

§ 1º A suspensão será mantida até que o gestor de saúde responsável informe ao Ministério da Saúde a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O gestor de saúde terá prazo máximo de 90 (noventa) dias consecutivos, após recebimento de notificação pela SAS/MS, para demonstrar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput". (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, o Ministério da Saúde, após verificar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput", providenciará o restabelecimento do repasse dos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 3º)

§ 4º Caso não demonstrada pelo gestor de saúde a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput", o Ministério da Saúde providenciará a desabilitação do serviço, por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 4º)

§ 5º O gestor de saúde poderá solicitar nova habilitação, a qualquer tempo, do serviço desabilitado, desde que cumpridas as exigências constantes nas normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 5º)

~~**Art. 8º** O monitoramento de que tratam as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 13)~~

Art. 8º O estado, município ou Distrito Federal poderá solicitar, a qualquer tempo, descredenciamento da eAPP, por meio de ofício ao Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

Parágrafo único. O gestor de saúde poderá solicitar novo credenciamento, a qualquer tempo, do serviço descredenciado, desde que cumpridas as exigências estabelecidas no Capítulo I do Anexo XVIII desta Portaria. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS EM SAÚDE PRISIONAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 9º Fica instituído o Comitê de Especialistas em Saúde Prisional, de caráter consultivo, com a finalidade de assessorar as ações de saúde prisional. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 1º)

Art. 10. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional será composto por membros que representam os segmentos do poder público, da comunidade científica e da sociedade, oriundos de instituições públicas e privadas envolvidas em atividades de pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º)

§ 1º Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes ao Comitê, sendo que, na eventualidade de existência de conflito de interesses, os mesmos deverão abster-se de participar da discussão e deliberação sobre o tema. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê de Especialistas em Saúde Prisional terão mandato de 2 (dois) anos consecutivos, sendo que 1/3 (um terço) do total dos membros poderá ser reconduzido a mais um mandato. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A participação no Comitê de Especialistas em Saúde Prisional é considerada atividade de relevante interesse para o Ministério da Saúde e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 11. Compete ao Comitê de Especialistas em Saúde Prisional: (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º)

I - contribuir na formulação da política nacional de desenvolvimento científico e tecnológico, abrangendo o desenvolvimento de vacinas, microbicidas, medicamentos, insumos de prevenção, diagnóstico e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, I)

II - assessorar a Área de Saúde Prisional no acompanhamento, formulação, implementação e avaliação da sua agenda nacional de pesquisa, bem como nas estratégias de projetos específicos para o desenvolvimento tecnológico, de saúde mental, social, de educação para a saúde e de direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, II)

III - estimular a adequada incorporação dos resultados das pesquisas ao processo de tomada de decisão pelos diferentes níveis de governo, promovendo a melhoria da oferta e da qualidade dos serviços de saúde prisional, da reinserção social e dos direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, III)

IV - analisar e acompanhar projetos de pesquisa em áreas prioritárias e contribuir para a expansão da pesquisa nacional, a proteção aos direitos de propriedade intelectual e o respeito aos princípios éticos nos projetos submetidos à sua apreciação; e (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, IV)

V - contribuir para o fortalecimento da ética na pesquisa em estabelecimentos prisionais, conforme estabelecido em instrumentos normativos do Conselho Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, V)

Art. 12. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional será coordenado pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégias da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS) com o apoio do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e Segurança Pública (DEPEN/MJ), que terá as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º)

I - coordenar as reuniões do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, I)

II - indicar um técnico da área para desenvolver atividades necessárias ao funcionamento do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, II)

III - encaminhar atas e relatórios para apreciação do Secretário de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, III)

IV - submeter à apreciação Departamento de Ações Programáticas Estratégias/SAS/MS as recomendações oriundas das reuniões ordinárias e extraordinárias. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, IV)

Art. 13. Os membros do Comitê de Especialistas em Saúde Prisional serão designados por portaria específica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 5º)

Art. 14. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional reunir-se-á ordinariamente ou extraordinariamente, quando convocado pelo seu coordenador, com cronograma pactuado previamente entre os membros. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º)

§ 1º Os membros poderão deixar de integrá-lo a qualquer tempo a pedido do membro integrante ou a critério dos demais membros, mediante formalização da solicitação de desligamento feita pelo Coordenador do comitê ao DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional terá seu trabalho normatizado por Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º, § 2º)

Art. 15. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas em local a ser definido por decisão do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 7º)

CAPÍTULO III

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 16. Fica instituído no âmbito do SUS, o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 1º O serviço referido no "caput" é parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º, § 1º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 2º O serviço referido no "caput" é composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º, § 2º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 17. É considerada beneficiária do serviço consignado neste Capítulo a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 2º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 18. O Grupo Condutor Estadual, consignado na Portaria Interministerial nº 1/MS-MJ, de 2 de janeiro de 2014 que institui a PNAISP, deverá elaborar uma estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

com a Lei, e contribuir para a sua implementação. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 3º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Parágrafo Único. Para a elaboração e implementação da estratégia estadual referida no "caput" desse artigo o Grupo Condutor Estadual deverá constituir comissão de trabalho específica podendo contar com a participação de representantes do Tribunal de Justiça, do Ministério Público Estadual, da Defensoria Pública Estadual, da Secretaria Estadual de Assistência Social ou congênere, de instâncias de controle social, em âmbito estadual, sendo preferencialmente dos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Políticas Sobre Drogas ou congênere e de Direitos Humanos ou congênere. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 3º, Parágrafo Único) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 19. A EAP tem por objetivo apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

I - realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei nº 10.216, de 2001, e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS); (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

II - identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

III - estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

IV - contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, IV) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

V - acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, V) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

VI - apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, VI) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

VII - contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, VII) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 1º Os procedimentos da EAP terão, preferencialmente, caráter de agendamento regulado e serão requisitados: pela Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local; pela equipe de saúde no sistema prisional (ESP); por determinação judicial; por requerimento apresentado pelo Ministério Público ou representante da pessoa beneficiária; por iniciativa dos serviços de referência para realização do PTS ou da própria EAP, desde que previamente acordado com as instâncias responsáveis pela custódia e/ou pela medida terapêutica destinada à pessoa a ser avaliada/acompanhada e com a devida comunicação à Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 1º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 2º As avaliações decorrentes dos incidentes de insanidade mental deverão respeitar o caráter de urgência e as singularidades de cada caso, não podendo exceder a 30 (trinta) dias, a contar da data da sua instauração pelo judiciário. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 2º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 3º Recomenda-se que o PTS seja elaborado pelo serviço de referência da rede, contando com subsídios da EAP, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de corresponsabilização no cuidado e o estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 3º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 4º A EAP realizará um trabalho integrado com a área de atenção psicossocial da respectiva gestão e poderá articular-se com os Grupos de Monitoramento, e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs), no âmbito dos Tribunais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal, para identificação de pessoas com transtorno mental, em unidades de custódia, potencialmente destinatários de medidas terapêuticas, conhecimento dos aspectos jurídico-administrativos dos processos, para melhor integração das práticas inerentes à justiça criminal e à PNAISP e direcionamento de formas de atenção segundo as premissas consignadas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 4º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 5º O encaminhamento do beneficiário ao serviço de referência, na RAS, observará o caráter de agendamento regulado, podendo ser também realizado emergencialmente, de acordo com necessidade definida pela EAP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 5º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 20. O serviço, com carga horária semanal mínima de 30 (trinta) horas, deve ser constituído por equipe interdisciplinar, composta por 5 (cinco) profissionais, e com as seguintes formações em nível superior: 1 (um) Enfermeiro; 1 (um) Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental; 1 (um) Psicólogo ; 1 (um) Assistente Social ; e 1 (um) profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, preferencialmente Educação, Terapia Ocupacional ou Sociologia. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 5º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 21. A coordenação do serviço disposta neste Capítulo é de responsabilidade do gestor estadual da saúde, podendo haver pactuações especificas nas instâncias colegiadas. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 6º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 22. O cadastramento do serviço consignado neste Capítulo e respectivos profissionais será realizado por meio do SCNES. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 7º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Parágrafo Único. A classificação desse serviço, para cadastramento no CNES, será estabelecida em norma própria. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 7º, Parágrafo Único) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 23. Cabe ao gestor responsável pelo serviço ora disposto definir as condições de ambiência e organizacionais para que a EAP realize suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 8º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 24. Para habilitação do serviço disposto neste Capítulo, a unidade federativa proponente deve observar os seguintes critérios básicos: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

I - apresentar Termo de Adesão, de acordo com o modelo constante no Anexo 3 do Anexo XVIII ; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

II - apresentar Plano de Ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, conforme modelo constante no Anexo 4 do Anexo XVIII ; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

III - cadastrar o serviço e a equipe no CNES. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 1º O serviço poderá ser constituído em unidades federativas qualificadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) ou à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, § 1º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

§ 2º O Estado ou Distrito Federal terá um prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da habilitação do seu primeiro serviço, para apresentação do Plano de Ação para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, § 2º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 25. A habilitação do serviço consignado neste Capítulo será promovida pelo Ministério da Saúde, com a publicação de portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 10) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 26. Os procedimentos referentes ao serviço disposto nesta norma serão incluídos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e serão objeto de Portaria específica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 12) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 27. O monitoramento e avaliação do serviço disposto nesta norma dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 13) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Art. 28. Para implantação e funcionamento do serviço disposto neste Capítulo, compete: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, orientar o processo de planejamento e implantação do serviço e da estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, bem como financiar, monitorar e avaliar cada serviço constituído; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

II - ao estado ou Distrito Federal, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, propor a estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, fomentar e apoiar o funcionamento do Grupo Condutor da PNAISP, cofinanciar, gerir, monitorar e avaliar o serviço, bem como articular à RAS, do SUAS e demais programas de direitos de cidadania; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

III - ao município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, propiciar a realização do projeto terapêutico singular endereçado ao seu território, articulando os dispositivos das redes de atenção à saúde sob sua gestão, da assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania sob sua responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

~~**ANEXO 1 DO ANEXO XVIII**~~

~~Modelo de termo de habilitação dos serviços e equipes em saúde no sistem prisional (ESP) (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 4)~~

(Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~MODELO DE TERMO DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS E EQUIPES EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL (ESP)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~MINISTÉRIO DA SAÚDE~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~MODELO DE TERMO DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS E EQUIPES EM SAÚDE NO SISTEM PRISIONAL (ESP)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~A Secretaria Estadual de Saúde de _____, CNPJ_____, a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (ou congênere) de _____, CNPJ_____, e a Secretaria Municipal de Saúde de _____, CNPJ_____, (quando for o caso) solicitam habilitação do serviço para atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional, caracterizado a seguir:~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~a) População privada de liberdade referenciada pelo serviço:~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~NOME DA UNIDADE DE CUSTÓDIA/ENDEREÇO~~	~~PROVISÓRIOS~~		~~CONDENADOS A PENA DE PRISÃO~~		~~MEDIDAS DE SEGURANÇA~~		~~TOTAL~~	
	~~Masc.~~	~~Fem.~~	~~Masc.~~	~~Fem.~~	~~Masc.~~	~~Fem.~~	~~Masc.~~	~~Fem.~~
~~TOTAL~~								

~~b) Quantidade de Recursos Humanos disponíveis por unidade de saúde prisional referenciada: Nome da Unidade de Custódia :~~ _____

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

~~ÁREA DE ATUAÇÃO~~	~~TOTAL~~
~~Médico~~	
~~Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental~~	
~~Cirurgião Dentista~~	
~~Assistente Social~~	
~~Psicólogo~~	
~~Enfermeiro~~	
~~Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem~~	
~~Técnico de Higiene Bucal/Auxiliar de Saúde Bucal~~	
~~Outros Profissionais de Nível superior (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico ou Enfermeiro)~~	
~~Demais trabalhadores em serviços penais/ segurança pública que atuam na(s) unidade(s) referenciada(s)~~	

(Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~Quando for o caso, acrescentar quadros referentes às outras unidades prisionais referenciadas pelo serviço a ser habilitado.~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~_____,___de _____ de 20__. (Local e data)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~Secretaria Estadual de Saúde~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~Secretaria de Administração Penitenciária (ou assemelhado)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~Secretaria Municipal de Saúde (quando for o caso)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~ANEXO 2 DO ANEXO XVIII~~

~~Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 5)~~

(Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

~~População referenciada por um serviço~~	~~Quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo~~		
	~~I~~	~~II~~	~~III~~
~~1-100~~	~~1~~	~~0~~	~~0~~
~~101-500~~	~~0~~	~~1~~	~~0~~
~~501-1200~~	~~0~~	~~0~~	~~1~~
~~1201-1300~~	~~1~~	~~0~~	~~1~~
~~1301-1700~~	~~0~~	~~1~~	~~1~~
~~1701-2400~~	~~0~~	~~0~~	~~2~~
~~2401-2500~~	~~1~~	~~0~~	~~2~~
~~2501-2900~~	~~0~~	~~1~~	~~2~~
~~2901-3600~~	~~0~~	~~0~~	~~3~~
~~3601-3700~~	~~1~~	~~0~~	~~3~~
~~3701-4100~~	~~0~~	~~1~~	~~3~~
~~4101-4800~~	~~0~~	~~1~~	~~4~~
~~4801-4900~~	~~1~~	~~0~~	~~4~~
~~4901-5300~~	~~0~~	~~1~~	~~4~~
~~5301-6000~~	~~0~~	~~0~~	~~5~~
~~6001-6100~~	~~1~~	~~0~~	~~5~~
~~6101-6500~~	~~0~~	~~1~~	~~5~~
~~6501-7200~~	~~0~~	~~0~~	~~6~~
~~7201-7300~~	~~1~~	~~0~~	~~6~~
~~7301-7700~~	~~0~~	~~1~~	~~6~~
~~7701-8400~~	~~0~~	~~0~~	~~7~~
~~8401-8500~~	~~1~~	~~0~~	~~7~~
~~8501-8900~~	~~0~~	~~1~~	~~7~~
~~8901-9600~~	~~0~~	~~0~~	~~8~~

(Revogado pela PRT GM/MS nº 2.298 de 09.09.2021)

ANEXO 3 DO ANEXO XVIII

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Termo de adesão para implantação do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Anexo 1)

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

TERMO DE ADESÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

O Estado _____ (ou Distrito Federal), por meio da Secretaria Estadual de Saúde, CNPJ nº. _____ com sede _____ _____CEP _____, pessoa jurídica de direito público interno, firma o presente Termo de Adesão para implantação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), sob o Código CNES _____, ativado em ___/____/_____, localizado em _____, assumindo os encargos e responsabilidades previstos na Portaria nº de de 2014, garantindo a seguinte abrangência sócio-territorial: __ Estadual __ Município (os) - especificar _____ Secretaria de Estado da Saúde (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

ANEXO 4 DO ANEXO XVIII

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

Plano de ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Anexo 2)

(Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

PLANO DE AÇÃO PARA ESTRATÉGIA PARA REDIRECIONAMENTO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

1.Problematização e contextualização - descrever, sinteticamente, a problemática pertinente ao sistema de justiça criminal e as pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, no estado ou Distrito Federal. (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

2.Caracterização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de assistência social e demais programas para garantia de direitos de cidadania, no estado ou Distrito Federal, e no território de abrangência de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei planejado. (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

3.Caracterização da comissão de trabalho específica instituída pelo Grupo Condutor Estadual consignado na Portaria nº de de 2014, conforme art. 3º desta portaria. (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

4.Os critérios de avaliação e acompanhamento levarão em consideração os seguintes indicadores: (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

INDICADOR (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)	RESULTADOS ESPERADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO			
	1º semestre	2º semestre	3º semestre	4º semestre
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei atendidas pela EAP em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência.				
Proporção de Projetos Terapêuticos Singulares acompanhados, em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência				
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança sob cuidados do SUS em meio aberto em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança no território de referência.				
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei que cumpriam medidas de segurança em unidades do sistema de justiça criminal, efetivamente desinternadas, em relação ao número total no território de referência.				
Proporção de pareceres produzidos e acatados pelo sistema de justiça, em relação ao número de incidentes de insanidade mental				
Definir outros indicadores, de acordo com as singularidades locais				

5. Caracterização de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei a ser constituído: (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

a) endereço principal; (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

b) Caracterização da infraestrutura alocada para funcionamento; e (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

c) Descrição da forma de organização e gestão. (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

6. Programação da aplicação dos recursos do Incentivo federal e formas de financiamento participativo pelo estado ou Distrito Federal; (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

7. Cronograma de ações gerais para o biênio. (Revogado pela PRT GM/MS n° 1.325 de 18.05.2020) (Repristinado pela PRT GM/MS nº 1.754 de 14.07.2020)

ANEXO XIX

Aprova a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Origem: PRT MS/GM 992/2009)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo 1 do Anexo XIX . (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Art. 1º)

Art. 2º A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) articulará no âmbito do Ministério Saúde, junto às suas Secretarias e seus órgãos vinculados, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação desta Política. (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Art. 2º)

Art. 3º Fica instituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2629/2014, Art. 1º)

Art. 4º Fica aprovado o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), nos termos do Anexo 2 do Anexo XIX . (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIX

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Capítulo I

DOS PRINCÍPIOS GERAIS

1. Princípios Gerais

A Constituição de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 1988, art. 194).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1o, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4o, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5o, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (BRASIL, 1988, art. 3o, inc. IV).

Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, constantes da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso, compreendido como o "acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"; b) a integralidade da atenção, "entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema"; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7o, inc. I, II, IV IX).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da "participação da comunidade" (BRASIL, 1990a, art. 7o, inciso VIII) e principal objeto da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade (BRASIL, 1990b).

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei nº 10.678/03, que criou a SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem sócio-econômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006).

Cabe ainda destacar o fato de que esta Política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente.

2. Marca

Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Capítulo II

DAS DIRETRIZES GERAIS E OBJETIVOS

1. Diretrizes Gerais:

I - inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

II - ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;

III - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

IV - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V - implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e

VI - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

2. Objetivo Geral

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

3. Objetivos Específicos:

I - garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;

II - garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;

III - incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;

IV - identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

V - aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;

VI - melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII - identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

VIII - definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

IX - monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

X - incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

XI - monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatório; e

XII - fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

Capítulo III

DAS ESTRATÉGIAS E RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

1. Estratégias de Gestão(*):

I - implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão;

II - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locorregionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;

III - fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei;

IV - estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas;

V - fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;

VI - fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VII - qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios;

VIII - articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação;

IX - inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

X - incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar;

XI - implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, conforme a Portaria MS/GM no 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a);

XII - elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;

XIII - fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;

XIV - garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004b);

XV - articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b);

XVI - articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra;

XVII - apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos estados e municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social; e

XVIII - estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

* Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde.

2. Responsabilidades das Esferas de Gestão

2.1. Gestor Federal:

I - implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

III - garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual - PPA setorial;

IV - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

V - garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

VI - identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os estados, o Distrito Federal e os municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos;

VII - apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de instâncias de promoção de equidade em saúde da população negra no Distrito Federal, nos estados e nos municípios;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

X - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

XI - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XII - definição de ações intersetoriais e pluri-institucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde dessa população;

XIII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XIV - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XV - estabelecimento de parcerias governamentais e não- governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS;

XVI - estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho; e

XVII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.2 Gestor Estadual:

I - apoio à implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual;

IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual, em consonância com as realidades locais e regionais;

V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos;

VI - implantação e implementação de instância estadual de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII - apoio à implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde da população negra;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

X - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XI - apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XIII - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e

XIV - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.3 Gestor Municipal

I - implementação desta Política em âmbito municipal;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;

V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;

VI - implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;

X - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XI - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e

XIII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

ANEXO 2 DO ANEXO XIX

Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1)

Art. 1º Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) tem por finalidade assessorar tecnicamente o Ministério da Saúde dentro das seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º)

I - acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para negras e negros; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, Plano Plurianual, Plano Operativo, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - colaborar para a pactuação de propostas de intervenção com foco na promoção da equidade racial em saúde nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - participar do acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas do Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, V)

Art. 2º CTSPN é composto por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos, entidades e áreas de conhecimento: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I)

a) 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, a)

b) 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, b)

c) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, c)

d) 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, e)

f) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, f)

II - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do segmento de usuários e componente da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra (CISPN/CNS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República (SEPPIR/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Secretaria-Geral da Presidência da República (SG/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, IX)

X - 10 (dez) representantes do movimento social negro, atuantes no campo da saúde da população negra; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, X)

XI - 5 (cinco) representantes de especialistas, com conhe- cimento e atuação na área de saúde da população negra. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, XI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, de que tratam os incisos X e XI do "caput", serão indicados pela SGEP/MS, após resposta a convite a eles encaminhado pelo Secretário da SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A participação das entidades ou órgãos de que tratam os incisos IV, V, VII, VIII, IX, X e XI do "caput" será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pelo Secretário da SGEP/MS, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Os representantes suplentes substituirão os titulares em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 4º)

§ 5º O representante da SGEP/MS exercerá a coordenação do CTSPN. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 5º)

§ 6º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas do CTSPN determina a exclusão do membro e seu substituto, cabendo à SGEP/MS providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 6º)

§ 7º A composição do CTSPN será renovada a cada 2 (dois) anos com a possibilidade de uma recondução por igual período. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 7º)

§ 8º Os órgãos e entidades referidos de que trata o "caput" poderão solicitar, a qualquer tempo, por intermédio da Coordenação do CTSPN, a substituição dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

1, Art. 2º, § 8º)

Art. 3º CTSPN funcionará por meio de reuniões plenárias, comissões especiais de trabalho e mecanismos de consulta. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º)

§ 1º As reuniões contarão com a participação dos membros titulares do CTSPN ou, na sua ausência, pelos respectivos suplentes, e serão realizadas preferencialmente em Brasília, ordinariamente 3 (três) vezes ao ano, e extraordinariamente, a qualquer tempo, mediante convocação da Coordenação do CTSPN ou da maioria absoluta de seus membros titulares. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O plenário do CTSPN será instalado na data e horário previstos na convocação, com um prazo de tolerância de 15 (quinze) minutos, independentemente do número de presentes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Comitê procurará formular propostas consensuais no âmbito de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 3º)

Art. 4º A pauta das reuniões plenárias será composta da seguinte maneira: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º)

I - socialização de informações consideradas relevantes para o interesse geral do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - aprovação da memória executiva da reunião anterior visando ao monitoramento dos encaminhamentos eventualmente existentes; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - desenvolvimento dos temas principais, incluindo as discussões e encaminhamentos correspondentes; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - concessão da palavra aos integrantes do Comitê para breves comunicados ou manifestações, observada a disponibilidade de tempo e a ordem dos trabalhos; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - preparação de esboço da pauta referente à próxima reunião ordinária. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, V)

Parágrafo Único. A pauta da reunião plenária poderá ser excepcionalmente alterada pela Coordenação por motivos de urgência ou relevância ou por consenso da maioria simples dos representantes do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º Ao término de cada reunião, será encaminhada a lista de presença dos representantes do CTSPN, assim como a memória executiva, contendo o registro sucinto da reunião, com suas demandas e encaminhamentos. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 5º)

Art. 6º Compete ao coordenador da CTSPN: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º)

I - representar o CTSPN ou indicar representante nos atos e lugares que se fizerem necessários; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - conduzir e supervisionar as atividades do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - convocar, coordenar e garantir as condições necessárias às reuniões da Plenária do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - convocar e coordenar reuniões preparatórias do seg- mento de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde no CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - instituir, organizar e prover as condições necessárias às comissões especiais de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - indicar, em comum acordo com o CTSPN, represen- tantes para participar de atividades ou comissões; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - solicitar estudos e pareceres aos representantes do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - promover debates relacionados com os temas alvo das atribuições do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

IX - articular com as áreas técnicas na busca de garantir os objetivos do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - expedir as declarações de participação aos interessados, sempre que requerido; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSPN) nos estados, municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete aos membros do CTSPN: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º)

I - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - apresentar proposições sobre assuntos de interesse da saúde da população negra; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - integrar comissões especiais de trabalho e colaborar com a execução das atividades do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, III)

IV - propor a convocação de reuniões extraordinárias ou a instituição de comissões especiais de trabalho, a serem acatadas sempre por maioria simples do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, IV)

V - realizar estudos e pareceres acerca das questões so- licitadas pela coordenação do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, V)

VI - desempenhar outras atribuições que lhe forem desig- nadas por consenso ou pela coordenação do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, VI)

VII - apoiar, monitorar e avaliar a implementação da PNSPN nos Estados, Municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, VII)

Art. 8º O CTSPN contará com o apoio administrativo e financeiro da SGEP/MS, responsável pela operacionalização de todas as suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 8º)

Art. 9º A elaboração das alterações deste Regimento Interno caberá à Coordenação do CTSPN e estas serão submetidas à aprovação do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 9º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 10. A participação nas reuniões do CTSPN, assim como as funções dos seus membros não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. O CTSPN poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, de movimentos sociais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ou pertinente ao cumprimento de suas competências. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 11)

Art. 12. O plenário do CTSPN poderá deliberar sobre a instituição de comissões especiais de trabalho com o propósito de elaborar estudos, obter informações ou firmar posicionamentos acerca de temas relevantes, bem como acompanhar encaminhamentos específicos de interesse do CTSPN visando assegurar a efetividade no cumprimento de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 12)

Art. 13. Os produtos e resultados da atuação do CTSPN serão devidamente divulgados em cumprimento ao princípio da publicidade com obrigatoriedade de menção da autoria coletiva. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 13)

Art. 14. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento Interno serão solucionados pelo Plenário do CTSPN. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 14)

ANEXO XX

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). (Origem: PRT MS/GM 2866/2011)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), com o objetivo de promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

Art. 2º Para os fins da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º)

I - agricultura camponesa: aquela que considera as diferentes identidades socioculturais das diversas comunidades, bem como os saberes tradicionais, a partir da sua relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visando à produção para o autosustento e a comercialização de excedentes; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, I)

II - agricultura familiar: aquela que atende aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II)

a) não deter, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, a)

b) utilizar predominantemente mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, b)

c) ter renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, c)

d) dirigir seu estabelecimento ou empreendimento com sua família, sendo que incluem-se nesta categoria silvicultores, aquicultores, extrativistas e pescadores que preencham os requisitos previstos nas alíneas "b", "c" e "d" deste inciso; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, d)

III - assalariados e assalariadas rurais: trabalhadores e trabalhadoras com vínculo empregatício na agropecuária, em regime de trabalho permanente, safrista ou temporário, com ou sem Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) assinada, considerando-se que residem majoritariamente nas periferias das cidades pequenas e médias, sendo que parcela considerável desses trabalhadores migra entre as cidades e mesmo entre estados, de acordo com a sazonalidade das culturas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, III)

IV - camponeses e camponesas: aqueles e aquelas que, a partir de seus saberes e relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visam à produção para o autosustento e a comercialização de excedentes; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, IV)

V - descentralização: processo de autonomia das esferas de gestão estaduais, distrital e municipais, com redefinição dos papéis e responsabilidades em sua relação com a esfera federal; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, V)

VI - direitos reprodutivos: direitos básicos de todo casal e indivíduo de ter informação e meios de decidir livre e responsavelmente sobre a oportunidade e as condições de ter ou não filhos; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VI)

VII - direitos sexuais: direitos de cada pessoa desfrutar de uma vida sexual com prazer e livre de discriminação; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VII)

VIII - diversidade: princípio que respeita as diferenças legitimadas por fundamentos éticos gerados na convivência democrática dos sujeitos e grupos sociais. A biodiversidade está associada à sociodiversidade e à diversidade cultural; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VIII)

IX - equidade: promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, IX)

X - extrativismo: todas as atividades de coleta de produtos naturais, sejam animais, vegetais ou minerais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, X)

XI - extrativistas: pessoas e comunidades, com suas especificidades culturais, cuja produção de riquezas para o seu desenvolvimento tem por base a coleta de produtos de fontes naturais, como as matas, capoeiras, rios, igarapés, lagos, várzeas, manguezais, igapós, praias oceânicas e alto-mar, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XI)

XII - florestania: sentimento de pertencer à floresta e ser responsável pela sua conservação; conjunto de valores éticos, conceitos e comportamentos apreendidos na convivência com a floresta; direitos dos seres vivos habitantes da floresta, direitos da floresta compreendida como um ser vivo; noção equivalente à de cidadania, porém aplicada às populações da floresta; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XII)

XIII - integralidade: princípio fundamental do SUS que considera os sujeitos em sua indivisibilidade biopsicossocial e as comunidades humanas em sua relação com o ambiente, garantindo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

XIV - intersetorialidade/transversalidade: abordagem de promoção da saúde, com base na articulação entre as políticas públicas e as práticas de gestão dos diversos setores do Estado, compartilhando ações e orçamento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIV)

XV - parceria: articulação de redes de solidariedade entre atores governamentais e não governamentais para integração e desenvolvimento de políticas públicas promotoras de equidade; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XV)

XVI - populações do campo, da floresta e das águas: povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

XVII - povos e comunidades tradicionais: grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tradicionais, possuem formas próprias de organização social e ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e inovações práticas gerados e transmitidos pela tradição; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVII)

XVIII - regiões de saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVIII)

XIX - regionalização: princípio organizativo do SUS que garante acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal, orientando-se pelos modos de territorialização das populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIX)

XX - reserva extrativista: unidade de conservação de uso sustentável, habitada por populações que utilizam os recursos naturais como meios de produção e renda familiar em manejo; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XX)

XXI - sustentabilidade: organização da sociedade e manejo dos recursos estratégicos, com garantia da continuidade e diversidade da vida, articulando as dimensões ambientais, econômicas, sociais, políticas e culturais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXI)

XXII - sustentabilidade econômica: capacidade de geração de riqueza superior às necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXII)

XXIII - sustentabilidade social: forma de organização social caracterizada pela participação equânime na produção e distribuição da riqueza, em suas dimensões econômica, cultural, entre outras; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIII)

XXIV - sustentabilidade política: condição das instituições e organizações políticas, baseada no seu fortalecimento e funcionamento democrático; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIV)

XXV - sustentabilidade cultural: adequação dos processos sociopolíticos e econômicos aos costumes, valores e linguagem das comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXV)

XXVI - sustentabilidade ambiental: modo de aproveitamento dos bens naturais e serviços com geração de benefícios sociais e econômicos, sem comprometer a conservação dos ecossistemas para as futuras gerações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVI)

XXVII - território: espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVII)

XXVIII - trabalho escravo: exploração e apropriação do trabalho humano pela força e privação da liberdade; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVIII)

XXIX - universalidade: princípio que orienta as políticas públicas dos governos para a garantia do acesso aos serviços por elas prestados a todos, sem distinção; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIX)

XXX - violência no campo e na floresta: conflitos de interesses que geram, de forma sutil ou explícita, agravos, lesões e privação da vida, da liberdade, da cultura, do acesso à terra e aos direitos civis, políticos, sociais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXX)

Art. 3º A PNSIPCFA tem os seguintes objetivos específicos: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

I - garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, as especializadas de média e alta complexidade e as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população atendida; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, I)

II - contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, II)

III - reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho no campo e na floresta, particularmente o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, o advindo do risco ergonômico do trabalho no campo e na floresta e da exposição contínua aos raios ultravioleta; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, III)

IV - contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações do campo e da floresta, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, IV)

V - reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, V)

VI - promover planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde das populações do campo e da floresta e definir metas, estratégias e ações específicas para sua atenção; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VI)

VII - incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades das populações do campo e da floresta, considerando a interculturalidade na atenção aos povos e comunidades tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VII)

VIII - apoiar processos de educação e informação das populações do campo e da floresta sobre o direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VIII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IX - apoiar a expansão da participação das representações dessas populações nos Conselhos de Saúde estaduais, distrital e municipais e em outros espaços de gestão participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, IX)

X - promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, X)

XI - incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde das populações do campo e da floresta, respeitando as especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, XI)

XII - promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento e da avaliação tecnológica sobre os agravos à saúde decorrentes do uso de agrotóxicos e transgênicos. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, XII)

Art. 4º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observados os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º)

I - saúde como direito universal e social; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, I)

II - inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações e serviços de saúde voltados às populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas das populações do campo, da floresta e das águas, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, V)

VI - promoção de ambientes saudáveis, contribuindo para a defesa da biodiversidade e do respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VI)

VII - apoio à produção sustentável e solidária, com reconhecimento da agricultura familiar camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VIII - participação social com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo, da floresta e das águas, nas instâncias de controle social em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IX - informação e comunicação em saúde considerando a diversidade cultural do campo, da floresta e das águas, para a produção de ferramentas de comunicação; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

X - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação da PNSIPCFA. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

Art. 5º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º)

I - garantir a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde das metas e prioridades para a organização das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - apoiar a implementação da PNSIPCFA nos estados, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com base em perspectivas educacionais críticas e participativas no direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VII - fortalecer a intersetorialidade, mediante articulação com órgãos e entidades governamentais e não governamentais, para o estabelecimento de metas e prioridades referentes às ações transversais prioritárias para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com especial articulação com os Ministérios do Desenvolvimento Social e Agrário, da Defesa, do Trabalho, do Meio Ambiente, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, e da Educação, com as Secretarias Especiais de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VIII - consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre essas populações, considerando os aspectos de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, e inserir informações em saúde nos subsistemas sob responsabilidade do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VIII)

IX - estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCFA; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

X - fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

Art. 6º Compete aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º)

I - promover a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - promover a inclusão da PNSIPCFA no Plano Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCFA de forma participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - produzir dados estratificados sobre as populações do campo, da floresta e das águas e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VI)

VII - desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VII)

VIII - prestar apoio e cooperação técnica aos municípios; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VIII)

IX - viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para essas populações. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, IX)

Art. 7º Compete aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º)

I - promover a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão da PNSIPCFA no Plano Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - promover a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCFA de forma participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - produzir dados estratificados sobre as populações do campo, da floresta e das águas e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - viabilizar parcerias no setor público e privado com o objetivo de fortalecer as ações de saúde para essas populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VI)

VII - desenvolver ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VII)

VIII - promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VIII)

Art. 8º À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) compete articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação da PNSIPCFA. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 8º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CAPÍTULO II
DO GRUPO DA TERRA

Art. 9º Este Capítulo define a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 1º)

Art. 10. Compete ao Grupo da Terra: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º)

I - participar da formulação, do monitoramento e da avaliação das ações referentes à implantação e implementação da PNSIPCF, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com o objetivo de garantir a equidade na atenção à saúde para esses segmentos sociais; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, I)

II - articular e monitorar a implementação das ações decorrentes dos acordos oriundos das pautas de reivindicações negociadas entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais organizados do campo e da floresta; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, II)

III - participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde das Populações do Campo e da Floresta; e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, III)

IV - integrar saberes técnico-políticos provenientes de pesquisas e debates com os movimentos sociais para ampliar o conhecimento sobre a situação de saúde das Populações do Campo e da Floresta. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, IV)

Art. 11. O Grupo da Terra será composto por representantes dos seguintes órgãos, entidades e movimentos sociais organizados: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, II)

III - 3 (três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, III)

IV - 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VII - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante da Comissão Pastoral da Terra (CPT); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIII)

XIV - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIV)

XV - 1 (um) representante do Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (FETRAF); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVI)

XVII - 1 (um) representante do Movimento dos Atingidos por Barragens/Brasil (MAB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVII)

XVIII - 1 (um) representante do Movimento de Luta pela Terra (MLT); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVIII)

XIX - 1 (uma) representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIX)

XX - 1 (um) representante do Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XX)

XXI - 1 (um) representante do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXI)

XXII - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXII)

XXIII - 1 (uma) representante das Mulheres Trabalhadoras Rurais - Movimento das Margaridas (MTRMM); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXIII)

XXIV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXIV)

XXV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXV)

XXVI - 1 (um) representante do Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais (DESER). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXVI)

§ 1º O Grupo da Terra será coordenado por um dos representantes da SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Cada representante terá um suplente. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Um dos representantes da SAS/MS será do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Os representantes serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Grupo da Terra. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 4º)

Art. 12. O Grupo da Terra poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão convidados preferencialmente representantes dos seguintes órgãos, entidades e movimentos sociais organizados: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - Ministério do Meio Ambiente (MMA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR-PR); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

IX - Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, IX)

X - Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas (FEPEAL). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, X)

Art. 13. O Grupo da Terra reunir-se-á 3 (três) vezes ao ano, ordinariamente, com possibilidade de convocação, se necessário, de reuniões extraordinárias pela Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 5º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Parágrafo Único. Os representantes dos órgãos do Ministério da Saúde no Grupo da Terra realizarão reuniões preparatórias para a organização das atividades do Grupo. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 14. Caberá ao Grupo da Terra a elaboração de seu Regimento Interno, a ser aprovado por ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 6º)

Art. 15. As funções dos membros e dos convidados no âmbito do Grupo da Terra não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 7º)

ANEXO XXI

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Origem: PRT MS/GM 2836/2011)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º)

I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, I)

II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, II)

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, III)

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, IV)

V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, V)

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados, na forma do Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VI)

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VII)

VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VIII)

IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, IX)

X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, X)

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XI)

XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XII)

XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIII)

XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIV)

XV - buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XV)

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVI)

XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVII)

XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVIII)

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIX)

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XX)

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXI)

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXII)

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXIII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXIV)

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º)

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, I)

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, II)

III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, III)

IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, IV)

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, V)

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VI)

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VII)

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VIII)

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, IX)

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º)

I - apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos estados e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, I)

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, II)

III - distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, III)

IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, IV)

V - articular junto às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, V)

VI - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VI)

VII - promover, juntamente com as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VII)

VIII - elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VIII)

IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, IX)

X - incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, X)

XI - promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XI)

XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XII)

XIII - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XIII)

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XIV)

XV - apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XV)

XVI - disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XVI)

Art. 5º Compete aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º)

I - definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, I)

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, III)

IV - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, IV)

V - planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, V)

VI - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos estados e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VI)

VII - promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VII)

VIII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VIII)

IX - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, IX)

X - estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, X)

Art. 6º Compete aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º)

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, I)

II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, II)

III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, III)

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, IV)

V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, V)

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VI)

VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VII)

VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 7º)

Art. 8º Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular no âmbito do Ministério Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 8º)

CAPÍTULO II

DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (COMITÊ TÉCNICO LGBT)

Art. 9º Este Capítulo define o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT). (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 1º)

Art. 10. Compete ao Comitê Técnico LGBT: (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º)

I - acompanhar e monitorar a implantação e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para esses grupos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos para apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no que tange à promoção, prevenção e atenção à saúde destes grupos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, II)

III - contribuir para a pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos diversos órgãos e entidades integrantes do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, III)

IV - contribuir para a produção de conhecimento sobre a saúde LGBT e o fortalecimento da participação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nas instâncias de controle social no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, IV)

V - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, V)

Art. 11. O Comitê Técnico LGBT será composto de 25 (vinte e cinco) integrantes, assim distribuídos: (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), prioritariamente das áreas de apoio à gestão participativa e de articulação interfederativa; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, I)

II - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), prioritariamente das áreas relativas à saúde da mulher, saúde do homem, atenção básica e média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), prioritariamente da área de ciência e tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IV - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), prioritariamente da área de gestão da educação na saúde; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), prioritariamente da área relativa às DST/AIDS e Hepatites Virais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VII)

VIII - 2 (dois) representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), prioritariamente do segmento LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD-LGBT/SDH/PR), prioritariamente do segmento LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Fórum Nacional das Gestoras e Gestores Estaduais e Municipais das Políticas Públicas para a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (FONGES-LGBT); e (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XIII)

XIV - 7 (sete) representantes da sociedade civil de notório saber, com conhecimento e atuação na saúde de LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XIV)

§ 1º A coordenação do Comitê Técnico LGTB e a respectiva suplência serão exercidas pelos representantes da SGEP/MS, conforme indicação do respectivo Secretário. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os integrantes do Comitê Técnico LGBT serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Caberá à Coordenação do Comitê Técnico LGBT a indicação dos representantes da sociedade civil de notório saber, após consulta junto ao movimento social LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O Comitê Técnico LGBT poderá convidar servidores dos órgãos do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas, de outros órgãos e entidades da Administração Pública Federal, de entidades não governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 4º)

Art. 12. O funcionamento do Comitê Técnico LGBT observará agenda pactuada com seus representantes. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 4º)

Art. 13. Caberá à SGEP/MS fornecer o apoio técnico e administrativo para o funcionamento do Comitê Técnico LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 5º)

Art. 14. As funções dos membros do Comitê Técnico LGBT não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 6º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) (Origem: PRT MS/GM 2803/2013)

Art. 1º Fica redefinido e ampliado o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 1º)

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º)

I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas; (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, I)

II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, II)

III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Compreendem-se como usuários ou usuárias com demanda para o Processo Transexualizador os(as) transexuais e travestis. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º A linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador é estruturada pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º)

I - Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada: é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º, II)

Art. 4º A integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Básica será garantida pelo: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º)

I - acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º, I)

II - encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º, II)

Art. 5º Para garantir a integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Especializada, serão definidas as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

I - Modalidade Ambulatorial: consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI ; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º, I)

II - Modalidade Hospitalar: consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º, II)

Art. 6º A RAS é responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 6º)

Art. 7º Fica definido que, para fins de habilitação no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, os gestores de saúde interessados deverão cumprir as Normas de Habilitação previstas no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI , conforme modalidade assistencial ambulatorial e/ou hospitalar do estabelecimento de saúde a ser habilitado, e encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º)

I - documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º, I)

II - formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor de saúde, para habilitação do estabelecimento de saúde no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , seja para modalidade ambulatorial e/ou hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º, II)

Art. 8º Ficam incluídas na Tabela de Habilitações do SCNES as seguintes habilitações referentes ao Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º)

I - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, Pré e Pós-Operatório e Hormonioterapia, sob o código 30.02; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º, I)

II - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório, sob o código 30.03. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º, II)

Art. 9º Os estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Código 30.01, até a presente data, nos termos do anexo IV da Portaria nº 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008, continuam habilitados e deverão se adequar às novas habilitações conforme descrito nos arts. 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º do Anexo 1 do Anexo XXI , sob pena de revogação da referida habilitação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2736/2014)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos descritos no Anexo C do Anexo 1 do Anexo XXI mantêm-se habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, e terão que se adequar, conforme descrito no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 9º, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 2736/2014)

Art. 10. Os procedimentos da modalidade ambulatorial e hospitalar serão realizados exclusivamente nos estabelecimentos de saúde habilitados nos Códigos 30.01, 30.02, 30.03 respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde serão habilitados considerando os arts. 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º do Anexo 1 do Anexo XXI para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, seja na modalidade ambulatorial e/ou hospitalar, desde que cumpridas as exigências estabelecidas neste Anexo e: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

I - para habilitação no Código 30.02, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos da modalidade ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, I)

II - para habilitação no Código 30.03, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos da modalidade hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, II)

III - para habilitação nos Códigos 30.02 e 30.03, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos das modalidades ambulatorial e hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, III)

Art. 11. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem assistência a transexuais e travestis no âmbito do SUS submeter-se-ão à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 11)

Art. 12. Acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata Processo Transexualizador no SUS, quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, deve ser objeto de pactuação entre os estados solicitantes e executantes, submetidos à regulação de seus respectivos gestores de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 12) (com redação dada pela PRT MS/GM 807/2017)

Art. 13. O SUS realizará, em caráter experimental, os procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino, nos termos da Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 15)

Parágrafo Único. Os procedimentos descritos no "caput" somente poderão ser realizados em estabelecimentos definidos como hospitais de ensino, habilitados para realização da Atenção Especializada no Processo Transexualizador, bem como a partir da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 14. Os procedimentos descritos neste Anexo poderão ser realizados somente nos estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde para prestar Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme normas de habilitação estabelecidas nos Anexos A, B, C, D e E do Anexo 1 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 16)

ANEXO A DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Normas de habilitação para a atenção especializada no processo transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 1)

NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

1. NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A MODALIDADE AMBULATORIAL

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

1.1. A Modalidade Ambulatorial consiste nas ações de âmbito ambulatorial (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito abaixo.

1.2. Planejamento/Distribuição dos Estabelecimentos

As Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para estruturar a atenção integral aos usuários(as) com indicação para a realização do Processo Transexualizador.

1.3. Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial, o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais ou do Distrito Federal, em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a. Documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria; e

b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo II a esta Portaria, para modalidade ambulatorial.

1.4. O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria do Anexo II desta Portaria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial.

1.5. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) tomará as providências para a publicação da habilitação.

1.6 O Registro das Informações do Paciente do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador modalidade ambulatorial - deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico, contendo as seguintes informações:

a. Identificação (nome social e nome de registro);

b. Anamnese;

c. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar

d. Evolução;

e. Prescrição;

f. Exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial; e

g. Sumário de alta e outros documentos tais como Consentimento Livre e Esclarecido e normativos definidos nesta Portaria.

1.7. Estrutura Assistencial

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverá promover a atenção especializada referente aos procedimentos no processo Transexualizador definidos nesta portaria (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) de forma a oferecer assistência integral, através de:

a. Diagnóstico e tratamento clínico no processo transexualizador;

b. Atendimento da modalidade ambulatorial em atenção especializada dos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional;

c. acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia

d. garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial

1.8. Recursos Humanos

Responsável Técnico: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deve contar com um responsável técnico, de qualquer área da saúde, com nível superior e experiência comprovada na área do Processo Transexualizador. O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único Estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

Equipe de Referência: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador- modalidade ambulatorial - deverá contar com no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 endocrinologista ou 1 clínico geral e 1 enfermeiro.

Os profissionais da área médica deverão possuir títulos de especialista emitidos pelo Conselho Regional de Medicina.

1.9. As instalações Físicas:

As instalações físicas do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

b. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

c. Resolução - RDC nº 306 de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde;

1.10. Materiais e Equipamentos:
O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários para o atendimento na modalidade ambulatorial no processo transexualizador, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários(as).

1.11. Manutenção da Habilitação:

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a. Ao cumprimento continuado pelo serviço das normas estabelecidas nesta Portaria;

b. O Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, poderá suspender a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial, em caso de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria.

c. Compete ao Gestor solicitante da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - seu monitoramento, avaliação e controle, bem como sua fiscalização local;

d. O gestor local poderá solicitar ao Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, a suspensão da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial.

2. NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A MODALIDADE HOSPITALAR

2.1. A Modalidade Hospitalar consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados, conforme descrito abaixo.

2.2. Planejamento/Distribuição dos Estabelecimentos: as Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar a rede de atenção integral aos usuários(as) com indicação para a realização do Processo Transexualizador.

2.3. Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais e do Distrito Federal em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a. Documento que comprove aprovação na CIB ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da CGSES/DF sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria, e

b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo II a esta Portaria, para modalidade hospitalar.

2.4. O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria do Anexo II dessa portaria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento de saúde em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar.

2.5. Caso a avaliação seja favorável, a SAS tomará as providências para a publicação da habilitação.

2.6. O Registro das Informações do Paciente do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico, contendo as seguintes informações:

a. Identificação (nome social e nome de registro);

b. Anamnese;

c. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar

d. Evolução;

e. Prescrição;

f. Exames; e

g. Sumário de alta; e outros documentos tais como: Consentimento Livre e Esclarecido e normativos definidos nesta Portaria.
Outros registros a constarem nos prontuários, tais como: descrição de cirurgia, fichas de infecção e acompanhamento ambulatorial.

2.7. Estrutura Assistencial

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - será referência para a atenção de pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos da modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), onde constará todo o processo de acompanhamento prévio do paciente.

Caberá ao Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - as avaliações e indicações cirúrgicas, devendo o mesmo realizar os exames pré e pós-operatório.

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve oferecer assistência especializada e integral, por ações diagnósticas e terapêuticas

a) Diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico do processo transexualizador;

b) Atendimento na modalidade hospitalar, incluindo procedimentos cirúrgicos, dos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional;

c) Exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador-modalidade hospitalar;

2.8. Recursos Humanos

Responsável Técnico: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve contar com um responsável técnico pelo serviço de cirurgia, médico com título de especialista em uma das seguintes especialidades:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Urologia ou Ginecologia ou Cirurgia Plástica e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina;

O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

A equipe cirúrgica deve contar com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório.

Equipe de Referência: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deverá contar com, no mínimo, 1 médico urologista, ou 1 ginecologista ou 1 cirurgião plástico, com título de especialista da respectiva especialidade e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina, para atendimento diário. A Equipe de Enfermagem deve contar com enfermeiros e técnicos de enfermagem dimensionados conforme Resolução COFEN 293 de 2004. Ainda, a equipe do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverá contar no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 um psicólogo, 1 endocrinologista, e 1 assistente social.

2.9. Instalações físicas

As instalações físicas do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem acomplementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

b. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

c. Resolução - RDC nº 306 de 6 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde;

A Farmácia Hospitalar deverá obedecer às normas estabelecidas na RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, da Anvisa ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

2.10. Materiais e Equipamentos

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários(as), que possibilitem o diagnóstico e o tratamento clínico e cirúrgico.

2.11. Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverá:

a. Dispor de serviço de laboratório clínico em tempo integral;

b. garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar

c. Realizar tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas;

d. Possuir leitos cirúrgicos de enfermaria para os usuários(as) do Processo Transexualizador;

e. Garantir retaguarda de leito(s) de UTI tipo II ou III

f. Garantir acompanhamento ambulatorial para pré e pós operatório.

2.12. Manutenção da Habilitação

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a. Ao cumprimento continuado pelo serviço das normas estabelecidas nesta Portaria;

b. O Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, poderá suspender a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar, em caso de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria;

c. Compete ao Gestor solicitante da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - seu monitoramento, avaliação e controle, bem como sua fiscalização local;

d. O gestor local poderá solicitar ao Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, a suspensão da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar.

Para determinado estabelecimento de saúde ser habilitado como modalidade assistencial ambulatorial e hospitalar, deve cumprir ambas as Normas supracitadas

ANEXO B DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

FFormulário de vistoria do gestor para habilitação do estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 2)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

(Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo Gestor e não deve ser modificado e/ou substituído)

I. MODALIDADE AMBULATORIAL:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

CNPJ: _____ CNES: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____UF: _____

CEP:_____TELEFONES: ( ) _____

FAX: ( ) _____

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

TELEFONE: ( )_____ FAX: ( )_____

E-MAIL: _____

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR (Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor.)

(Este Formulário não deve modificado nem substituído) TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Privado lucrativo ( ) Privado não lucrativo( ) Filantrópico ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

1. NORMAS GERAIS DE HABILITAÇÃO

1.1 - Consta no processo de habilitação do Estabelecimento de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade ambulatorial - a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para as habilitações estabelecidas no Anexo I, tais como:

a) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS

( ) Sim ( ) Não

b) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB

( ) Sim ( ) Não

c) Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS

( ) Sim ( ) Não

2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

2.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial - cumpre e oferece os requisitos abaixo:

a) garante atendimento e acompanhamento ambulatorial especializado e integral para o diagnóstico e tratamento clínico para os/as transexuais e travestis no processo transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

b) atendimento em atenção especializada dos usuários/as com demanda para o processo Transexualizador por meio de equipe multiprofissional.

( ) Sim ( ) Não

c) acompanhamento clínico.

( ) Sim ( ) Não

d) acompanhamento pré e pós-operatório no processo transexualizador

( ) Sim ( ) Não

e) hormonioterapia

( ) Sim ( ) Não

f) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial

( ) Sim ( ) Não

g) possui um prontuário único para cada paciente que possua todos os tipos de atendimento a ele referentes, contendo as

informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento:

( ) Sim ( ) Não

h) possui Responsável Técnico pela equipe do Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial:

( ) Sim ( ) Não

i) titulação do Responsável Técnico

( ) Sim ( ) Não

j) possui equipe mínima assistencial:

( ) 01 psiquiatra ou psicólogo

( ) 01 assistente social;

( ) 01 endocrinologista ou 01 clínico geral; e

( ) 01 enfermeiro.

k) titulação dos profissionais que compõem a equipe

( ) Sim ( ) Não

l) acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade

( ) Sim ( ) Não

3. INSTALAÇÕES FÍSICAS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

3.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial - cumpre e oferece as instalações físicas, materiais e equipamentos abaixo:

a) possui Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

( ) Sim ( ) Não

b) possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

( ) Sim ( ) Não

c) possui Materiais e Equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários/as na modalidade ambulatorial no processo transexualizador:

( ) Sim ( ) Não

II- MODALIDADE HOSPITALAR:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

CNPJ: _____

CNES:_____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____UF:_____

CEP:_____TELEFONES: ( ) _____

FAX: ( ) _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO:_____

TELEFONE: ( )_____ FAX: ( )_____

E-MAIL: _____

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR (Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(Este Formulário não deve modificado nem substituído) TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Privado lucrativo ( ) Privado não lucrativo ( ) Filantrópico ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Atendimento de intercorrências no processo transexualizador

1. NORMAS GERAIS DE HABILITAÇÃO

1.1 - Consta no processo de habilitação do Estabelecimento de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Hospitalar - a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para as habilitações estabelecidas no Anexo I, tais como:

a) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS ( ) Sim ( ) Não

b) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB ( ) Sim ( ) Não

c) Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS. ( ) Sim ( ) Não

2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

2.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar- cumpre e oferece os requisitos abaixo:

a) ser referência para a atenção de pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos da modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório).

( ) Sim ( ) Não

b) oferece assistência especializada e integral por ações diagnósticas e terapêuticas na modalidade hospitalar do processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

c) garante atendimento e acompanhamento hospitalar especializado e integral, para o procedimento cirúrgico e acompanhamento pré e pós-operatório no processo transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

d) atendimento na modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) em atenção especializada dos usuários/as com demanda para o processo Transexualizador por meio de equipe multiprofissional.

( ) Sim ( ) Não

e) garante acesso a exames laboratoriais e de imagens necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar.

( ) Sim ( ) Não

f) realiza acompanhamento pré e pós-operatório no processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

g) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

( ) Sim ( ) Não

h) possui Responsável Técnico pela equipe médica do estabelecimento de atenção Especializada no processo transexualizador -modalidade hospitalar, com certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas no respectivo Conselho Regional de Medicina nas especialidades médicas de urologia ou ginecologia ou cirurgia plástica:

( ) Sim ( ) Não ( )

i) o médico responsável técnico pela equipe médica do estabelecimento de atenção Especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar - é responsável por um único estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - pelo Sistema Único de Saúde e reside no mesmo município ou cidade circunvizinha.

( ) Sim ( ) Não

j) possui equipe mínima assistencial com no mínimo*:

( ) 01 urologista ou 01 ginecologista ou 01 cirurgião plástico;

( ) enfermeiros (dimensionados conforme Resolução COFEN 293/2004);

( ) técnicos de enfermagem (dimensionados conforme Resolução COFEN 293/2004);

( ) 01 psiquiatra ou 01 psicólogo;

( ) 01 endocrinologista;

( ) 01 assistente social.

*A equipe mínima assistencial médica com certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas no respectivo Conselho Regional de Medicina. A equipe assistencial de profissionais enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos deverão apresentar graduação reconhecida pelo Ministério da Educação e pelo respectivo conselho de classe.

A equipe assistencial de técnicos de enfermagem deverá ter formação reconhecida pelo respectivo conselho de classe.

k) possui equipe cirúrgica com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório:

( ) Sim ( ) Não

l) possui equipe mínima assistencial treinada para atendimento de pacientes no Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

m) garantia de sala de cirurgia para atendimento ao paciente do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

n) garantia de leitos cirúrgicos de enfermaria para os usuários/ as do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

o) garantia de leitos de UTI tipo II ou III para paciente do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

p) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar:

( ) Sim ( ) Não

q) possui serviço de laboratório clínico:

( ) Sim ( ) Não

r) realiza tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas:

( ) Sim ( ) Não

s) garantia de acompanhamento ambulatorial para pré e pós-operatório para os usuários/as atendidos no processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

t) possui acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade:

( ) Sim ( ) Não

3. INSTALAÇÕES FÍSICAS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

3.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar - cumpre e oferece as instalações físicas, materiais e equipamentos abaixo:

a) possui Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

( ) Sim ( ) Não

b) possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

( ) Sim ( ) Não

c) possui Materiais e Equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários/as na modalidade hospitalar no processo transexualizador:

( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: ____/_____ / _____

INTERESSE DO GESTOR DE SAÚDE NA HABILITAÇÃO:

De acordo com a vistoria realizada in loco, a instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº , de de 2013, para a habilitação solicitada.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

( ) Sim ( ) Não DATA:_____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

ANEXO C DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 3)

Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador

UF	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO - RAZÃO SOCIAL
RS	Porto Alegre	2237601	Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS)
RJ	Rio de Janeiro	2269783	Universidade Estadual do Rio de Janeiro - HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Rio de Janeiro(RJ)
SP	São Paulo	2078015	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP/Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS - São Paulo/SP
GO	Goiânia	2338424	Hospital das Clinicas - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia (GO)

ANEXO D DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Alteração na Tabela de Serviço/classificação do SCNES (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 4)

Alteração na Tabela de Serviço/Classificação do SCNES

		Código da Classificação	Descrição	Grupo	CBO	Descrição
153	Atenção Especializada no Processo Transexualizador	001	Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.	1	225133	Médico psiquiatra
					225155	Médico Endocrinologista
					225125	Médico Clínico
					223505	Enfermeiro
					251510	Psicólogo
					251605	Assistente Social
				2	251510	Psicólogo
					225155	Médico Endocrinologista
					225125	Médico Clínico
					223505	Enfermeiro
					251605	Assistente Social
		002	Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.	3	225250	Médico ginecologista obstetra
					225235	Médico Cirurgião Plástico
					223505	Enfermeiro
					225133	Médico psiquiatra
					225155	Médico Endocrinologista
					225285	Médico Urologista
					251605	Assistente Social
				4	225285	Médico Urologista

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

					225250	Médico ginecologista obstetra
					225235	Médico Cirurgião Plástico
					223505	Enfermeiro
					251510	Psicólogo
					225155	Médico Endocrinologista
					251605	Assistente Social

ANEXO E DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Inclusão de Procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 5)

Inclusão de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Procedimento:	03.01.13.004-3 - Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório
Descrição:	Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
Origem SIGTAP	03.01.13.002-7
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Sexo:	Ambos
Valor Ambulatorial SA:	R$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R$ 39,38
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$0,00
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	02
CBO:	225133, 225155, 225250, 225285, 251510, 225235, 251605, 223810,, 225125.
CID:	F64.0
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 153/002 (Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório).
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 30.03 Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório

Procedimento:	03.03.03.009-7- Tratamento hormonal no processo transexualizador.
Descrição:	Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona).
Origem SIGTAP	03.03.03.007-0
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 50,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 50,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225155, 225250, 225285, 225125
CID:	F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) - Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-peratório e hormonioterapia.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Procedimento:	04.09.05.014-8 - Redesignação sexual no sexo masculino
Descrição:	Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocolpoplastia (construção de neovagina).
Origem SIGTAP	04.09.05.012-1
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 528,06
Valor Hospitalar SH:	R$ 760,22
Valor Hospitalar Total:	R$ 1288,28
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	8
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03.- Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.04.01.056-3 - Tireoplastia
Descrição:	Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transexualizador.
Origem SIGTAP	04.04.01.042-3
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 236,60
Valor Hospitalar SH:	R$ 181,88
Valor Hospitalar Total:	R$ 418,48
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	01
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225275; 225215; 225235
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço Atenção Especializado no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	03.03.03.008-9 - Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador.
Descrição:	Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA-I (individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 65,52

Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

CBO:	225155, 225250, 225285, 225125
CID:	F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.019-7 - Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador
Descrição:	Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 284,93
Valor Hospitalar SH:	R$ 524,96
Valor Hospitalar Total:	R$ 809,89
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	feminino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	03
Pontos:	250
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225250, 225255
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Procedimento:	04.09.06.029-1 - Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador.
Descrição:	Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 511,90
Valor Hospitalar SH:	R$ 683,90
Valor Hospitalar Total:	R$ 1.195,80
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior
Sexo:	Feminino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	03
Pontos:	300
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03
	Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.09.05.013-0 - Cirurgias complementares de redesignação sexual
Descrição:	Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fístulectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 214,67

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Valor Hospitalar SH:	R$ 183,38
Valor Hospitalar Total:	R$ 398,05
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	05
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Procedimento:	03.01.13.003-5 - Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico.
Descrição:	Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transexualizador.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SIA:	R$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R$ 39,38
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225133, 225155, 251510, 251605,223810,
CID:	F64.0, F64.9
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.020-0- Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador
Descrição:	Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.
Complexidade:	Media Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 140,02
Valor Hospitalar SH:	R$ 1.663,90
Valor Hospitalar Total:	R$ 1803,92
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino

Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	02
Pontos:	250
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225250
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
CID	F64.0
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

ANEXO XXI-A

(Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO POVO CIGANO/ROMANI
(Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 2º São eixos-estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

I - fortalecimento da atenção à saúde integral do Povo Cigano/Romani em todas as fases do curso de vida, considerando as necessidades de adolescentes, jovens e adultos em conflito com a lei; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

II - fortalecimento da rede de atenção à saúde integral da mulher e da criança de etnia Cigana, qualificando a atenção obstétrica e infantil por intermédio de um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir o acolhimento, a ampliação do acesso e a qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, e as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, além da prevenção e do tratamento oncológico; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

III - fortalecimento e garantia da saúde sexual e reprodutiva do homem e da mulher de etnia Cigana, considerando suas especificidades culturais e as questões de gênero e geracional; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IV - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnicas nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades regionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas, IST/HIV/Aids, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino, câncer de mama, glaucoma, hipertensão e transtorno mental; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

V - fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, da primeira infância, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes da discriminação étnica e a exclusão social, bem como transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VI - garantia da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal para o Povo Cigano/Romani, com mais investimentos financeiros e de pessoal nos estados e municípios e propiciar a ampliação e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO; e (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VII - elaboração de informações sobre indicadores e determinantes sociais da saúde do Povo Cigano/Romani, como forma de introduzir e acompanhar os dados sobre este grupo étnico no SUS. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani tem como objetivo geral promover a saúde integral do Povo Cigano/Romani, respeitando suas práticas, saberes e medicinas tradicionais, priorizando a redução e o combate à ciganofobia ou romafobia. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 4º São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

I - ampliar o acesso do Povo Cigano/Romani aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

II - garantir e ampliar o acesso do Povo Cigano/Romani às ações e serviços de saúde do SUS, considerando os territórios que habitam e/ou usam, como áreas urbanas, regiões periféricas dos grandes centros, acampamentos, barracas, ranchos, entre outros; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

III - identificar, combater e prevenir situações de violência contra o Povo Cigano/Romani como abuso, exploração e assédio nas ações e serviços de saúde do SUS; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IV - contribuir com o enfrentamento das discriminações de gênero, étnica, território, com destaque para as interseções com a saúde do Povo Cigano/Romani, nos processos de educação permanente para gestores, trabalhadores da saúde, atores sociais e conselheiros de saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

V - incentivar o protagonismo do Povo Cigano/Romani no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VI - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados, considerando o Povo Cigano/Romani uma etnia; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VII - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, construídas de forma participativa com atores da sociedade civil; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VIII - monitorar e avaliar indicadores e metas para a saúde do Povo Cigano/Romani, visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, municipais e estaduais; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IX - fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito Nacional e Internacional; e (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

X - garantir, ainda na maternidade e demais localidades, o registro do recém-nascido, observada a legislação aplicável. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 5º São diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

I - ampliação e qualificação do acesso aos serviços do SUS, com ênfase nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e humanização, respeitando as diversidades ambientais, sociais e sanitárias em conformidade com o modo de vida do Povo Cigano/Romani, promovendo o acesso às ações e serviços de saúde de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

II - inclusão dos temas Racismo e Saúde do Povo Cigano/Romani nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

III - fortalecimento das instâncias de controle social do SUS e a fomentação da participação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos de Saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IV - criação e implementação de Comitês Técnicos de Saúde Integral do Povo Cigano/Romani no Ministério da Saúde, nos estados, municípios e no Distrito Federal; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

V - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VI - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aquelas preservadas pelas comunidades tradicionais; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VII - fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes do combate ao racismo e à redução das desigualdades étnicas no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VIII - implementação de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam a identidade positiva do Povo Cigano/Romani, respeitando suas diversidades étnico-culturais e favoreçam o protagonismo e autonomia do Povo Cigano/Romani no SUS. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 6º Compete ao Ministério da Saúde: (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

I - garantir a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

III - promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde das metas e prioridades para a organização das ações de saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IV - apoiar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani nos estados, municípios e Distrito Federal; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

V - definir e gerir os recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite - CIT; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VI - consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre o Povo Cigano/Romani, considerando os aspectos gênero, geracional e etnia, e inserir informações em saúde no sistema sob responsabilidade do Ministério da Saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VII - garantir a inclusão do quesito etnia Cigana nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IX - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

X - incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltadas para as especificidades do Povo Cigano/Romani, de acordo com os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XI - fortalecer as instâncias de controle social do SUS e a fomentar a participação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos de Saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XII - criar e implementar o Comitê Técnico Nacional de Saúde Integral do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XIII - instituir mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XIV - elaborar e publicar materiais de informação, comunicação e educação sobre a Saúde Integral do Povo Cigano/Romani, respeitando seus modos de vida, culturas, tradições, saberes e valores; XV - elaborar materiais de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XV - implantar e implementar ações de saneamento para prevenção e controle de doenças, bem como fomentar ações de promoção e proteção à saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XVI - promover o apoio técnico e financeiro para implementação desta Política; e (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XVII - fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não-governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento e qualificação das ações em saúde para o Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 7º Compete à gestão estadual de saúde: (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

I - promover a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito estadual; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

III - implementar a Política de Promoção da Equidade em Saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IV - definir e gerir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

V - promover a inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde, em consonância com as realidades locais e regionais, e no Plano Plurianual - PPA setorial estadual, quando envolver despesas relativas aos programas de duração continuada, nos termos do § 1º do art. 165 da Constituição; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VI - coordenar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito estadual; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VII - identificar as necessidades de saúde desta população no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IX - incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani de forma participativa; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

X - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores da saúde, voltadas para as especificidades do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

XI - desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltados para as especificidades do Povo Cigano/Romani, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XII - estimular e fortalecer a representação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e nas Conferências de Saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XIII - apoiar a implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XIV - instituir mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XV - adotar ações de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani, com destaque para a produção dos conhecimentos sobre racismo institucional e seu impacto na atenção à saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XVI - prestar apoio e cooperação técnica aos municípios e viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XVII - fomentar a articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XVIII - incentivar e participar da elaboração dos Planos Municipais de Saneamento Básico para a promoção e proteção à saúde do Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Art. 8º Compete à gestão municipal de saúde: (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

I - promover a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito municipal; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

III - implementar as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IV - definir e gerir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

V - promover a inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde, em consonância com as realidades e a necessidades locais, e no Plano Plurianual - PPA setorial, quando envolver despesas relativas aos programas de duração continuada, nos termos do § 1º do art. 165 da Constituição; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VI - coordenar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani em consonância com o Pacto pela Saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VII - identificar as necessidades de saúde desta população no âmbito municipal, considerando as oportunidades e os recursos; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

VIII - produzir dados estratificados sobre o Povo Cigano/Romani e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

IX - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

X - desenvolver ações de educação permanente para os trabalhos de saúde voltados para as especificidades do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XI - promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltadas para as especificidades de saúde voltadas para o Povo Cigano/Romani, com base nos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XII - adotar ações de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani, com destaque para a produção dos conhecimentos sobre racismo institucional e seu impacto na atenção à saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XIII - estimular e fortalecer a representação do Povo Cigano/Romani no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XIV - instituir de mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XV - fomentar a saúde integral e propiciar uma melhor condição de vida para o Povo Cigano/Romani, por meio da Politicas de Saneamento Básico para promoção, prevenção e controle de doenças e agravos; e (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

XVI - articular de forma intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Art. 9º Os órgãos do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, deverão promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades a fim de adequá-los às diretrizes e responsabilidades estabelecidas nesta Portaria. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

Parágrafo único. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP/MS articulará, no âmbito do Ministério da Saúde, junto às demais Secretarias e entidades vinculadas, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT n° 4.384 GM/MS n° 31.12.2018)

ANEXO XXII

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Origem: PRT MS/GM 2436/2017)

Art. 1º Este Anexo aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º)

§ 1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 2º)

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 4º)

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º)

I - princípios: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I)

a) universalidade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, a)

b) equidade; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, b)

c) integralidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, c)

II - diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II)

a) regionalização e hierarquização: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, a)

b) territorialização; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, b)

c) população adscrita; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, c)

d) cuidado centrado na pessoa; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, d)

e) resolutividade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, e)

f) longitudinalidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, f)

g) coordenação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, g)

h) ordenação da rede; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, h)

i) participação da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, i)

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos neste Anexo e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 5º)

~~**Art. 6º** Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com Anexo XXII serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 6º)~~

~~**Parágrafo Único.** Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 6º, Parágrafo Único)~~

Art. 6º Os estabelecimentos de saúde que ofertem ações e serviços de Atenção Primária à Saúde, no âmbito do SUS, de acordo com o Anexo XXII, serão denominados: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

I - Unidade Básica de Saúde (UBS): estabelecimento que não possui equipe de Saúde da Família; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

II - Unidade de Saúde da Família (USF): estabelecimento com pelo menos 1 (uma) equipe de Saúde da Família, que possui funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

Parágrafo único. As USF e UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

Art. 6º-A Aplicam-se à USF os dispositivos do Anexo I deste Anexo referentes à UBS, quando estes dispositivos dispuserem sobre estabelecimentos de saúde com equipe de Saúde da Família. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 397 de 16.03.2020)

Seção I
Das Responsabilidades
(Origem: PRT MS/GM 2436/2017, CAPÍTULO I)

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º)

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, I)

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, III)

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, IV)

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, V)

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VI)

VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VII)

VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VIII)

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, IX)

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, X)

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XI)

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XII)

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIII)

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIV)

XV - estimular a participação popular e o controle social; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XV)

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVI)

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da União, ou do Distrito Federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVII)

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVIII)

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIX)

XX - articulação com o subsistema indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XX)

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º)

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, I)

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, II)

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, III)

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, IV)

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, V)

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VI)

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VII)

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as secretarias de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VIII)

Art. 9º Compete às secretarias estaduais de saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos estados e Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, I)

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, II)

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, III)

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, IV)

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, V)

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VI)

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VII)

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VIII)

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, IX)

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as secretarias municipais de saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, X)

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, XI)

Art. 10. Compete às secretarias municipais de saúde a co-ordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10)

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, I)

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, II)

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, III)

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, IV)

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, V)

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VI)

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VII)

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VIII)

IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, IX)

X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, X)

XI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XI)

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XII)

XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIII)

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIV)

XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XV)

XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVI)

XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVIII)

XIX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIX)

Art. 11. A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo 1 do Anexo XXII . (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 11)

CAPÍTULO II
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

~~Seção I~~
~~Do processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal~~
(Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**Art. 12.** A implantação e o credenciamento das Equipes de Atenção Básica pelos Municípios pelo Distrito Federal passam a obedecer ao seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**I -** elaboração do Projeto de Implantação das Equipes de Atenção Básica, respeitados os itens mínimos descritos na Política Nacional de Atenção Básica e seu envio à respectiva Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**II -** no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data do protocolo de entrada do projeto de implantação das Equipes de Atenção Básica elaborado pelos Municípios/Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal deverão proceder à análise e posterior encaminhamento dos mencionados projetos para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**III -** a Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, após aprovação na CIB, informará ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**IV -** para recebimento dos incentivos correspondentes às Equipes de Atenção Básica efetivamente implantadas, os Municípios e o Distrito Federal deverão cadastrar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os profissionais integrantes das equipes previamente credenciadas pelo Estado/Distrito Federal conforme decisão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e, ainda, alimentar os dados no sistema de informação, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades. (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**Parágrafo Único.** As diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~Seção II~~
~~Dos NASF~~
(Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**Art. 13.** Ficam definidos os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**Art. 14.** Ficam criados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 (NASF 3). (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 1º** O NASF 3 é criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º, § 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 2º** Os critérios para implantação, características específicas, composição das ocupações e recursos financeiros federais para os NASF 3 encontram-se definidos no art. 15. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º, § 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**Art. 15.** Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser organizados, com financiamento federal, nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3, seguindo os parâmetros e critérios abaixo estabelecidos: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**I -** a modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**a)** a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, a)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**b)** nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, b)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 13.11.2019)

~~**c)** cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, c)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**II -** cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**III -** a modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**a)** a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, a)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**b)** nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, b)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**c)** cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, c)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

~~**IV -** cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**V -** a modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**a)** a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, a)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**b)** nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, b)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**c)** cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, c)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**VI -** cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, VI)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 1º** A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal correspondente ao NASF. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 2º** O número máximo de NASF 2 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 3º** O número máximo de NASF 3 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 3. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 3º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~**§ 4º** Os valores dos incentivos financeiros para a implantação e os recursos de custeio, que serão transferidos a cada mês tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES, serão objeto de portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 4º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

Seção III

Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense

Art. 16. Esta Seção define o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 1º)

Art. 17. Constituem ESFR as equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 2º)

Parágrafo Único. As ESFR são vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adscrita. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 18. A ESFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º)

I - 1 (um) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, I)

II - 1 (um) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, II)

III - 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, III)

Art. 19. As ESFR e as ESFF podem contar com os seguintes profissionais de saúde bucal, dependendo da modalidade de equipe: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º)

I - 1 (um) cirurgião dentista generalista ou em saúde da família; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º, I)

II - 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º, II)

Art. 20. Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR e as ESFF podem contar, ainda, com: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º)

I - até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, I)

II - até 12 (doze) Microscopistas, nas regiões endêmicas; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, II)

III - até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. As ESFR e as ESFF poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior a sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos termos da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 21. As ESFR e as ESFF deverão seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerando a importância da territorialização, manutenção do vínculo, cuidado integral e longitudinal, identificação de risco e vulnerabilidade. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 6º)

Art. 22. As ESFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias, e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 7º)

Parágrafo Único. A determinação de que trata o "caput" é aplicável aos profissionais que compõem a equipe mínima de que tratam os arts. 18 e 19 do Anexo XXII e a até 2 (dois) técnicos de enfermagem, quando houver. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 23. Os Agentes Comunitários de Saúde, os Auxiliares/Técnicos de enfermagem extras e os Auxiliares/Técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 8º)

Art. 24. Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, as ESFR e ESFF adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 9º)

Art. 25. Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, as ESFR e as ESFF receberão incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10)

I - até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas a um Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, I)

II - até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, II)

§ 1º As unidades de apoio e as embarcações para o deslocamento dos profissionais devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º Para efeito desta Seção, consideram-se unidades de apoio os estabelecimentos que servem para atuação das ESFR e ESFF e que não possuem outras equipes de Saúde Família vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, § 2º)

Art. 26. As ESFR farão jus ao financiamento vigente para Equipes de Saúde da Família modalidade I. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 11)

Art. 27. As ESFR e ESFF poderão agregar ao seu financiamento: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12)

I - incentivo para cada profissional acrescido à composição mínima prevista no art. 20; e/ou (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, I)

II - incentivo para o custeio da logística, baseado no número de unidades de apoio ou embarcações de que trata o art. 25. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, II)

§ 1º Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica ao qual as ESFR ou ESFF estão vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º Ato do Ministro de Estado da Saúde regulamentará os incentivos financeiros de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, § 2º)

Art. 28. Para implantação de ESFR, os Municípios observarão o fluxo previsto na Seção I do Capítulo II. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13)

§ 1º O projeto de implantação da ESFR conterá: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º)

I - indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente nas comunidades adscritas e os rios do circuito de deslocamento; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, I)

II - número de profissionais em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, II)

III - programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da ESFR a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, III)

IV - descrição da organização das ofertas e ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, IV)

V - descrição de como a gestão municipal do SUS apoiará a ESFR no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, V)

VI - nos arranjos em que a ESFR contar com Unidades de Saúde de Apoio para o atendimento, relação da quantidade e as comunidades em que estão localizadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VI)

VII - nos arranjos em que a ESFR contar com embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento das equipes, relação da quantidade e seus respectivos números, no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VII)

VIII - indicação do Município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a ESFR atender mais de um Município; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VIII)

IX - indicação de como garantirá a referência dos usuários aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, a organização da rede para o atendimento de urgência às comunidades ribeirinhas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, IX)

§ 2º O projeto de que trata o § 1º deverá ser aprovado pela Comissão Intergestores Regional (CIR) ou pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhado pela Secretaria Estadual de Saúde ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) para habilitação. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º As diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 3º)

Art. 29. Recomenda-se que os Municípios utilizem o Telessaúde articulado à Regulação para aumentar a resolubilidade, qualificar os encaminhamentos e organizar o acesso à atenção especializada, considerando o desenho regional. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 14)

Art. 30. As ESFR e as ESFF poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento formal que formalize a relação entre os Municípios, devidamente aprovado na respectiva CIR e CIB, e devem garantir a alimentação das informações de saúde referentes à sua área de abrangência no Sistema de Informação vigente para a Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 15)

Parágrafo Único. Nos termos do art. 12, IV, para recebimento dos incentivos correspondentes às Equipes de Atenção Básica efetivamente implantadas, os Municípios e o Distrito Federal, além de cadastrar no SCNES os profissionais integrantes das equipes previamente credenciadas pelo Estado ou Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades, ficando

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

sujeito a suspensão caso o sistema não seja alimentado e devidamente validado por 3 (três) meses. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 31. As normas para o cadastramento das unidades de apoio ou satélites e embarcações vinculadas a Estabelecimentos de Saúde de Atenção Básica onde as equipes estão vinculadas e alterações nas regras de cadastramento das ESFR e ESFF, com ou sem Saúde Bucal, além da definição dos prazos de implementação no SCNES, serão estabelecidas por ato do Secretário de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 16)

Seção IV
Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais

Art. 32. Esta Seção estabelece os critérios para habilitação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio a que se refere o art. 73 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 1º)

Art. 33. Para fins de habilitação das UBSF, os Municípios interessados deverão providenciar os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º)

I - projeto de implantação da Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF) com itinerário da UBSF, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se houver, pela Comissão Intergestores Regional (CIR); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, I)

II - Título de Inscrição de Embarcação, expedido pela autoridade marítima competente (Capitania dos Portos); e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, II)

III - Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior (NORMAM-02) ou legislação que venha a substituí-la. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, III)

Art. 34. O projeto de implantação da ESFF a que se refere o art. 33, I, deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º)

I - indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, I)

II - número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação de cada (ACS); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, II)

III - programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da ESFF a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, III)

IV - circuito de deslocamento da unidade, especificando comunidades ribeirinhas a serem atendidas e os rios em que a UBSF percorrerá; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, IV)

V - proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde, detalhando-se, principalmente, como será garantido atendimento de urgência, inclusive por meio da disponibilidade de ambulanchas para atendimento às comunidades ribeirinhas; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, V)

VI - descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das ESFF; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VI)

VII - listagem da equipe de saúde que prestará atendimento à população, com observância da composição mínima prevista na Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VII)

VIII - descrição da organização das ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população, como o pré-natal e a puericultura, dentro dos padrões mínimos recomendados; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VIII)

IX - descrição de como a gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) apoiará a ESFF no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, IX)

X - planos da embarcação, contendo fotos dos ambientes nela contidos, obedecendo-se a estrutura física mínima exigida nos termos da Política Nacional de Atenção Básica, e equipamentos que estarão disponíveis na UBSF; e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, X)

XI - indicação do Município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a USFF atender mais de um Município. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, XI)

Art. 35. O processo de habilitação da UBSF compreenderá as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º)

I - reunião dos documentos exigidos nos termos do art. 33; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, I)

II - submissão do projeto de implantação da ESFF à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, II)

III - envio do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde para aprovação da CIB ou, se houver, da CIR; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, III)

IV - envio da resolução da CIB ou, se houver, da CIR e dos documentos exigidos nos termos do art. 33 ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, IV)

V - emissão de parecer técnico pelo Ministério da Saúde que ateste, a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, se a estrutura física da unidade e os equipamentos disponíveis atendem os requisitos mínimos estabelecidos pelo art. 34, X; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, V)

VI - publicação do ato de habilitação da UBSF pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União; e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VI)

VII - cadastramento da UBSF e da ESFF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nos termos Portaria nº 941/SAS/MS, de 22 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VII)

§ 1º Os recursos serão repassados aos Municípios após o cadastramento a que se refere o inciso VII do "caput". (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no inciso V do "caput", o Ministério da Saúde poderá emitir seu parecer com base em prévia manifestação técnica da Secretaria Estadual de Saúde efetuada a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, a respeito do atendimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pela estrutura física da unidade e pelos equipamentos ali disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

§ 3º Caso o plano da embarcação apresentado não seja suficiente para verificação do cumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde notificará a Secretaria Municipal de Saúde para complementação de documentos. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 4º Após a complementação de que trata o art. 35, § 3º , o Ministério da Saúde emitirá o parecer técnico sobre o cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 5º Em caso de emissão de parecer técnico favorável, o Ministério da Saúde ou a Secretaria Estadual de Saúde poderá, a qualquer momento, realizar verificação "in loco" do cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 6º Para os fins do disposto no art. 35, § 5º , a Secretaria Estadual de Saúde comunicará imediatamente o Ministério da Saúde no caso de verificação do descumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 7º)

Art. 36. Para as embarcações já existentes e que não contarem com ambiente para dispensação de medicamentos e laboratório, os Municípios deverão apresentar, obrigatoriamente, no projeto de implantação da ESFF, a forma como será garantida a distribuição de medicamentos e a coleta/entrega de exames laboratoriais aos usuários. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 5º)

Art. 37. Os Municípios com Equipes de Saúde da Família que já exerçam atividades em embarcações com a estrutura física mínima prevista na Política Nacional de Atenção Básica, poderão solicitar a adequação de modalidade para ESFF, observado o regramento previsto nos arts. 33, 34 e 35 do Anexo XXII . (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º)

Parágrafo Único. Aplica-se às embarcações previstas no "caput" deste artigo o disposto no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 38. As UBSF poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize essa relação entre os Municípios, devidamente aprovado pela CIB ou, se houver, pela CIR. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 7º)

Art. 39. Para manutenção dos repasses financeiros, a(s) ESFF deve(m) alimentar, mensalmente, o sistema de informação da atenção básica disponibilizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 8º)

Art. 40. As UBSF devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 9º)

CAPÍTULO III
DOS PROFISSIONAIS

Seção I
Das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico

Art. 41. Esta Seção estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES). (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 203/2013)

Art. 42. As áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta indicadores dentre o seguintes: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º)

I - Produto Interno Bruto (PIB) per capita; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, I)

II - população sem cobertura de planos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, II)

III - percentual da população residente na área rural; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, III)

IV - percentual da população em extrema pobreza; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, IV)

V - percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, V)

VI - percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1.000 (mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VI)

VII - percentual de leitos para cada 1.000 (mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VII)

VIII - indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas, em conformidade com os dados extraídos dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VIII)

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicar a relação das áreas e regiões de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 43. Para obter a extensão do prazo de carência do respectivo financiamento por todo o período de duração da residência médica, o estudante graduado em Medicina deverá optar pelo ingresso em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e em especialidade médica cuja prioridade para o SUS será definida pelo Ministério da Saúde com observância dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º)

I - especialidades definidas como pré-requisito para o credenciamento dos serviços, sobretudo na alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, I)

II - especialidade necessária a uma dada região segundo avaliação da demanda decorrente da evolução do perfil sócio-epidemiológico da população, principalmente relacionadas ao envelhecimento populacional e ao aumento de morbimortalidade decorrente de causas externas; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, II)

III - especialidades necessárias à implementação das políticas públicas estratégicas para o SUS, tais como a Política de Atenção Básica, de Urgência e Emergência, de Saúde Mental, Atenção à Mulher e Criança, Oncológica e Atenção ao Idoso; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, III)

IV - especialidades consideradas escassas ou com dificuldade de contratação em uma dada região segundo análise dos sistemas de informação disponíveis, realização de pesquisa ou demanda referida por gestores da saúde daquela região. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, IV)

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) publicar a relação das especialidades médicas prioritárias de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 44. O requerimento de carência estendida de que trata o art. 43 deverá ser preenchido pelo profissional médico beneficiário de financiamento concedido com recursos do FIES por meio de solicitação expressa, em sistema

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

informatizado específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, contendo, dentre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A)

I - nome completo; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, I)

II - CPF; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, II)

III - data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, III)

IV - correio eletrônico; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, IV)

V - Programa de Residência Médica e instituição a que está vinculado. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, V)

§ 1º O Programa de Residência Médica ao qual o profissional médico esteja vinculado deverá ter início no período de carência previsto no contrato de financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 1º)

§ 2º O coordenador da Comissão de Residência Médica (COREME) da instituição a qual está vinculado o Programa de Residência Médica é responsável pela validação e atualização das informações prestadas pelo profissional médico beneficiário do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 2º)

§ 3º Recebida a solicitação, o Ministério da Saúde comunicará ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a relação de médicos considerados aptos para a concessão da carência estendida por todo o período de duração da residência médica. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 3º)

§ 4º Após ser comunicado, nos termos do § 3º, o FNDE notificará o agente financeiro responsável para a efetivação das medidas relativas à concessão da carência estendida. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 4º)

Art. 45. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou as Coordenações dos Programas de Residência Médica deverão validar e manter cadastro com informações atualizadas dos financiados do FIES sobre o seu exercício profissional nas equipes de saúde da família ou sua participação em Programa de Residência Médica, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 4º)

Parágrafo Único. Caso solicitado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), as Secretarias ou as Coordenações deverão avaliar se as informações prestadas pelo financiado do FIES àquela entidade, referentes ao seu exercício profissional nas equipes de saúde da família ou à sua participação em Programa de Residência Médica, estão em consonância com o cadastro de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 46. A operacionalização do abatimento do saldo devedor consolidado de que trata o 'caput' do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 2001, será executada pelo FNDE e demais normas do FIES, além do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 203/2013)

Art. 47. O profissional médico deverá atuar como integrante de ESF pelo período de, no mínimo, 1 (um) ano ininterrupto como requisito para requerer o abatimento mensal do saldo devedor consolidado do financiamento concedido com recursos do FIES. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-A)

Art. 48. Para requerer o abatimento de que trata esta Seção, o profissional médico preencherá solicitação expressa, em sistema informatizado específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, contendo, dentre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B)

I - nome completo; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, I)

II - CPF; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, II)

III - data de nascimento; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, III)

IV - correio eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, IV)

§ 1º Os gestores de saúde dos Municípios e do Distrito Federal deverão confirmar que o solicitante está em exercício ativo das suas atividades como médico integrante da ESF. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 1º)

§ 2º Recebida a solicitação, o Ministério da Saúde comunicará ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação, a relação de médicos considerados aptos para a concessão do abatimento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 2º)

§ 3º Após ser comunicado, nos termos do §2º, o FNDE notificará o agente financeiro responsável para a suspensão da cobrança das prestações referentes à amortização do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 3º)

§ 4º Anualmente, as informações sobre o exercício ativo do profissional médico integrante da ESF deverão ser atualizadas pelo financiado e validadas pelos respectivos gestores de saúde dos Municípios e do Distrito Federal, nos termos do §5º. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 4º)

§ 5º O abatimento mensal de que trata este artigo será operacionalizado anualmente pelo FNDE. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 5º)

Art. 49. Os critérios e as relações das áreas e regiões e das especialidades médicas prioritárias poderão sofrer alterações e revisões periódicas de acordo com as necessidades do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 6º)

Parágrafo Único. A alteração de que trata o "caput" não se aplica àquele já em gozo da extensão do prazo de carência e do abatimento do saldo devedor consolidado do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 6º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 203/2013)

Seção II

Das especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico

Art. 50. Ficam instituídas as especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 1º)

Art. 51. A instituição das especificações "preceptor" e "residente" de que trata o art. 50 tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º)

I - identificar os médicos residentes e seus preceptores no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins de pagamento dos incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família e acompanhamento das atividades desempenhadas no âmbito da residência médica; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º, I)

II - estimular a ocupação das vagas atualmente disponíveis nos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 52. É obrigatório o cadastramento no SCNES pelas Secretarias de Saúde distrital e municipais dos médicos residentes e preceptores nas diversas modalidades de Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 3º)

Art. 53. As Secretarias de Saúde distrital e municipais poderão cadastrar no SCNES médicos residentes nas modalidades de Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica em compatibilidade com a carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais de atuação dos médicos residentes na Unidade Básica de Saúde (UBS) nos termos da Resolução nº 2, de 17 de maio de 2006, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. A cobertura populacional da Equipe de Saúde da Família com médico residente deve ser de, no máximo, o mínimo recomendado na Política Nacional de Atenção Básica, considerando as diversas modalidades previstas de equipes. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 54. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º)

I - cadastrar os médicos residentes e seus preceptores no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, I)

II - adequar a cobertura populacional conforme modalidade de Equipe de Saúde da Família e limite de usuários por equipe com médico residente; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, II)

III - assegurar o cumprimento mínimo das 30 (trinta) horas semanais de atuação pelo médico residente na Equipe de Saúde da Família, em atendimento ao disposto na Resolução nº 2/CNRM, de 2006; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, III)

IV - atender aos compromissos e contratualizações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de que trata a Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, IV)

V - viabilizar adequadas condições de trabalho e ambiência aos médicos residentes e seus preceptores, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica, com adesão, se necessário, ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma, de que trata a Seção I do Capítulo II do Título II da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, V)

VI - apoiar os preceptores no seu aprimoramento técnico-científico, sempre que necessário, para melhor desenvolvimento de suas funções, por meio da inclusão em processos de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VI)

VII - cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VII)

VIII - conceder, se possível, aos médicos residentes a mesma remuneração conferida aos médicos que trabalham na Atenção Básica com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, considerando-se a proporcionalidade da carga horária de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VIII)

IX - estimular e apoiar a participação das Equipes de Saúde da Família que possuam médicos residentes do PRMFC no PMAQ-AB. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, IX)

Art. 55. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º)

I - monitorar e acompanhar o desenvolvimento dos PRMFC; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, I)

II - fomentar a formação de especialistas no Estado como estratégia de fixação dos profissionais, buscando modificar o quadro de ociosidade dos PRMFC e a força de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, II)

III - cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, III)

IV - promover a inclusão dos preceptores em processos de educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, IV)

V - avaliar e monitorar a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, V)

Art. 56. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º)

I - adequar o SCNES conforme as disposições desta Seção; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, I)

II - avaliar e monitorar a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, II)

III - habilitar a participação das Equipes de Saúde da Família que possuam médicos residentes do PRMFC no PMAQ-AB a partir da solicitação de adesão realizada pelas Secretarias de Saúde distrital e municipais e Equipes de Saúde da Família, considerando-se, ainda, o atendimento das regras previstas na Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, III)

IV - priorizar a entrada das Equipes de Saúde da Família com médicos residentes no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, mantidos os critérios de seleção ao programa; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, IV)

V - efetuar o custeio das bolsas pagas aos médicos residentes em atuação, conforme vagas e programas aprovados no Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA), criado pela Portaria Interministerial nº 1.001 MEC-MS, de 22 de outubro de 2009. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, V)

Art. 57. Os gestores de saúde federal, estaduais, distrital e municipais deverão promover a articulação dos PRMFC com os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e incentivar a integração dos PRMFC com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional Telessaúde Brasil REDES (Telessaúde Brasil Redes) e o internato médico nas UBS com PRMFC. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 8º)

Art. 58. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) regulamentará os meios para identificação dos médicos residentes e seus preceptores no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 9º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXII

Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

1- PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1- Princípios

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

1.2- Diretrizes

- Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

IV- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

V - Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI.- Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII.- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VIII.- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX.- Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

2- A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o Distrito Federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locorregionais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;

b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e

c. Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

3- INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território.

3.1. Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

3.2. Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. Consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outro ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com:

Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-X para radiografias periapicais e interproximais; aventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micro-motor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico; unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.

3.3 - Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se :

i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

ii) - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

iii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: População/2.000.

iv)- Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

- Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e

- Padrões Ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas instâncias interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica.

Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS.

A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.

Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se que também realizarem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade. Os serviços dos padrões essenciais, bem

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o País, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar de forma mais flexível às necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locorregionais.

As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da RAS.

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:

- Identificação e horário de atendimento;

- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;

- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;

- Relação de serviços disponíveis; e

- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

3.4- Tipos de Equipes:

1.- Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

~~2.- Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.~~

~~As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.~~

~~A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.~~

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

~~A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).~~

~~Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.~~

2. Equipe de Atenção Primária - eAP: a eAP difere da equipe de Saúde da Família - eSF em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada município, e deverá observar as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

As eAP deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade e enfermeiros preferencialmente especialistas em saúde da família cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

As eAP poderão ser de duas modalidades, de acordo com a carga horária: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade I: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade II: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Não se aplica aos profissionais da eAP a vedação à participação em mais de uma eAP ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

O cadastro das eAP no SCNES deverá observar os mesmos códigos para o cadastro das eSF. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

As citações à Equipe de Atenção Básica - eAB feitas nesta portaria e em outros atos normativos devem ser interpretadas, no que couber, como referências à Equipe de Atenção Primária - eAP. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

3.- Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;

Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

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

De modo a atender às características e necessidades de cada município, poderão também ser compostas eSB na modalidade I com carga horária diferenciada, nos seguintes termos: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade I-20h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade I-30h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

Não se aplica aos profissionais da eSB na modalidade I com carga horária diferenciada a vedação à participação em mais de uma eSB ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.539 de 26.09.2019)

4- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do territórios.

5- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

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

a. a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

b. o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

c. o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;

d. o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

e. cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;

g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e

h. cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5- Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde.

Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde à populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território. Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

3.6- ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1.- Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do País:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As ESFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação.

As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que servem para atuação das eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os NASF-AB

Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

a. até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b. até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

1.- Equipe de Consultório na Rua (eCR) - equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b. Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica.

Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.

O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma específica.

Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Nasf-AB) do território onde estas pessoas estão concentradas.

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

As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

1.- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

4- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1. Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

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

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX .Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XXIV-A Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

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

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.1- Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2- Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

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

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3- Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

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

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

V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

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

XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4- Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

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

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.-Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5- Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6- Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

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

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobrem a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

5- DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I.- Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II.- Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III.- Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV.- Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V.- Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo a acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI.- O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como:

1- consulta ou procedimento imediato;

1-A. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;

2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;

3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;

4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e

5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII.- Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII.- Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII.- Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX.- Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X.- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI.- Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

XII.- Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quartenária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

a. vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;

c. vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e

d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

XIII.- Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV.- Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

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

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

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade/demanda da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII.- Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII.- Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX.- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6 - DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I.- Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II.- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III.- Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV.- Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V.- Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I - Recurso per capita:

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

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

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

3. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o número de equipe de Saúde Bucal (eSB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

4. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

4.1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

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

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

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica. Assim como, os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

4.3. Equipes Consultório na Rua (eCR)

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

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será definido em portaria específica.

5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF-AB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou 3) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

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

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item B tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem transferir os dados mensalmente, para o Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES.

III - Do credenciamento

~~Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:~~

~~I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios/Distrito Federal;~~

~~a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;~~

~~b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal; e~~

~~c. As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.~~

~~II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:~~

~~a. Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e~~

~~b. após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.~~

~~Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.~~

~~III - O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e~~

~~IV - Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde , num prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.~~

~~Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.~~

Deve estar previsto no Plano Municipal ou Distrital de Saúde ou Programação Anual de Saúde, devidamente aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal, diretriz, meta, objetivo ou ação relacionada à qualificação e/ou aumento de cobertura de serviços de saúde vinculados à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS) no município ou Distrito Federal. A escolha do serviço de saúde de acordo com as tipologias regimentadas pela SAPS, assim como sua forma de contratação é de decisão do gestor municipal ou distrital. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)

~~O gestor municipal ou distrital deverá encaminhar ao Ministério da Saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)~~

~~1. Solicitação de credenciamento de serviços e equipes, conforme modelo a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde, via ofício ou por meio de sistema de informação específico; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)~~

~~2. Cópia do ofício enviado ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite para conhecimento da solicitação de credenciamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

O gestor municipal ou distrital deverá: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.119 de 27.11.2019)

~~1. Solicitar ao Ministério da Saúde o credenciamento de serviços e equipes, conforme modelo a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde, via ofício ou por meio de sistema de informação específico; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.119 de 27.11.2019)~~

1. Solicitar ao Ministério da Saúde o credenciamento de equipes e serviços por meio de sistema de informação específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, conforme fluxos para solicitação estabelecidos em Nota Técnica elaborada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 242 de 13.03.2023)

2. Dar ciência ao Ministério da Saúde do envio de documento ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite para conhecimento da solicitação de credenciamento (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.119 de 27.11.2019)

Aplicam-se integralmente as disposições acima a todas as estratégias do Departamento de Saúde da Família e Secretaria de Atenção Primária à Saúde, com exceção das equipes de saúde da família ribeirinhas e unidade de saúde fluvial ou outras que exijam análise técnica específica. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)

~~O Ministério da Saúde realizará análise do pleito de acordo com critérios técnicos e disponibilidade orçamentária. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)~~

O Ministério da Saúde realizará análise do pleito de acordo com a disponibilidade orçamentária e com os seguintes critérios técnicos: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

a. critério de exclusão: solicitações que superem o teto do município ou DF, considerado como o número máximo de equipes, serviços e programas que podem ser financiados pelo Ministério da Saúde, conforme as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das respectivas ações, programas e estratégias da Atenção Primária à saúde (APS); (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

b. critérios de priorização: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

b.1. solicitações de entes federativos em situação de vulnerabilidade socioeconômica e de perfil demográfico, de acordo aos critérios aplicados para cálculo do Incentivo Financeiro de Capitação Ponderada referente ao financiamento de custeio da APS, conforme a Seção II do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

b.2. solicitações de entes federativos com menor cobertura da Atenção Primária à Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

b.3. solicitações referentes a equipes, serviços e programas da Atenção Primária à Saúde em funcionamento e ainda não credenciados ou sem adesão homologada pelo Ministério da Saúde, devidamente cadastrados no SCNES, atendendo as regras de composição e carga horária profissional, conforme Portaria SAPS/MS nº 60, de 26 de novembro de 2020; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

b.4. quantidade de solicitações do ente federativo de credenciamento ou de adesão de equipes, serviços e programas da Atenção Primária à Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

§ 1º A aplicação dos critérios de priorização definirá a posição do município para análise técnica, observada a metodologia disponibilizada no endereço eletrônico "https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/credenciamentos/" que considerará os seguintes pesos: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

I - peso 2 (dois) para os critérios elencados nos itens b.1 e b.2; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

II - peso 1 (um) para os critérios elencados nos itens b.3 e b.4. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

§ 2º Os entes federativos que tiverem solicitação de credenciamento ou de adesão indeferida poderão realizar novas solicitações, observado os critérios acima elencados. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.037 de 21.05.2021)

~~Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal e distrital deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), num prazo máximo de 4 (quatro) competências, a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido. Os municípios que necessitarem de mais tempo para o cadastro das novas equipes e serviços no CNES deverão enviar ofício ao Ministério da Saúde solicitando prorrogação de prazo, de até 2 (duas) competências, devendo esta solicitação chegar dentro do período dos 4 (quatro) competências após a publicação da Portaria de credenciamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)~~

~~Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal e distrital deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), num prazo máximo de 6 (seis) competências, a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 804 de 14.04.2020)~~

No prazo de até 3 (três) competências, a contar da data de publicação da portaria de credenciamento das novas equipes e serviços no Diário Oficial da União, a gestão municipal e distrital deverá cadastrá-los no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, sob pena de descredenciamento no caso de não cumprimento do prazo. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 242 de 13.03.2023)

Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, isto é, todos os serviços vinculados à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios e Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Primária à Saúde vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica (Redação dada pela PRT GM/MS n° 1.710 de 08.07.2019)

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

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, conforme normatização vigente; e

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II :

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

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

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

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

IV.- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único. A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2 - Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;

- realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; e

- enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo, acompanhado do anexo referido no item I e documentação necessária a depender do motivo da suspensão.

Parágrafo único: as orientações sobre a documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação.

~~ANEXO 2 DO ANEXO XXII~~

~~Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Anexo 1)~~

(Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

~~Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição:~~

~~UF~~	~~Estado~~	~~Teto financeiro por estado~~
~~DF~~	~~DISTRITO FEDERAL~~	~~R$ 73.600,00~~
~~GO~~	~~GOIÁS~~	~~R$ 864.000,00~~
~~MT~~	~~MATO GROSSO~~	~~R$ 454.400,00~~
~~MS~~	~~MATO GROSSO DO SUL~~	~~R$ 339.200,00~~
~~AL~~	~~ALAGOAS~~	~~R$ 614.400,00~~
~~BA~~	~~BAHIA~~	~~R$ 2.064.000,00~~
~~CE~~	~~CEARÁ~~	~~R$ 1.462.400,00~~
~~MA~~	~~MARANHÃO~~	~~R$ 1.456.000,00~~
~~PB~~	~~PARAÍBA~~	~~R$ 1.033.600,00~~
~~PE~~	~~PERNAMBUCO~~	~~R$ 1.500.800,00~~
~~PI~~	~~PIAUÍ~~	~~R$ 892.800,00~~
~~RN~~	~~RIO GRANDE DO NORTE~~	~~R$ 710.400,00~~
~~SE~~	~~SERGIPE~~	~~R$ 454.400,00~~
~~AC~~	~~ACRE~~	~~R$ 108.800,00~~
~~AP~~	~~AMAPÁ~~	~~R$ 118.400,00~~
~~AM~~	~~AMAZONAS~~	~~R$ 422.400,00~~
~~PA~~	~~PARÁ~~	~~R$ 720.000,00~~
~~RO~~	~~RONDÔNIA~~	~~R$ 185.600,00~~
~~RR~~	~~RORAIMA~~	~~R$ 80.000,00~~
~~TO~~	~~TOCANTINS~~	~~R$ 313.600,00~~
~~ES~~	~~ESPÍRITO SANTO~~	~~R$ 448.000,00~~
~~MG~~	~~MINAS GERAIS~~	~~R$ 3.340.800,00~~
~~RJ~~	~~RIO DE JANEIRO~~	~~R$ 1.222.400,00~~
~~SP~~	~~SÃO PAULO~~	~~R$ 2.643.200,00~~
~~PR~~	~~PARANÁ~~	~~R$ 1.411.200,00~~
~~RS~~	~~RIO GRANDE DO SUL~~	~~R$ 985.600,00~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

SC	SANTA CATARINA	R$ 1.078.400,00
Brasil	Total	R$ 24.998.400,00

ANEXO 3 DO ANEXO XXII

Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da Família (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Anexo 2)

(Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da FamíliaCaracterização Geral

Município _____

UF _____

Código IBGE_____

1.Número total de equipes de SF do Município:

2.Número de equipes de Saúde da Família que estarão incorporando ACE:

3.Identificação das equipe(s) de Saúde da Família que estarão incorporando ACE:

a) Nome da equipe e número no SCNES

b) Nome da equipe e número no SCNES

c) (identificar todas as equipes)

4.Modalidade das equipes de Saúde da Família referida no item 2

Número de equipes Modalidade I:

Número de equipes Modalidade II:

5.Descrição do processo de trabalho a ser implementado:

Local e Data:

_____

Secretário Municipal de Saúde

(Revogado pela PRT GM/MS n° 2.979 de 12.11.2019)

ANEXO 4 DO ANEXO XXII

Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Anexo 1)

Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro

UF	Cód. Município	Município	Total Total
RO	110002	ARIQUEMES	11
RO	110010	GUAJARÁ-MIRIM	5
RO	110013	MACHADINHO D'OESTE	4
RO	110020	PORTO VELHO	21
RO	110026	RIOCRESPO	1
RO	110033	NOVA MAMORE	2
RO	110040	ALTO PARAISO	3
RO	110045	BURITIS	7
RO	110070	CAMPO NOVO DE RONDONIA	3
RO	110080	CANDEIAS DO JAMARI	3
RO	110094	CUJUBIM	2
RO	110110	ITAPUA DO OESTE	2
RO	110160	THEOBROMA	4
RO	110175	VALEDOANARI	2
AC	120001	ACRELANDIA	3
AC	120020	CRUZEIRO DO SUL	13
AC	120033	MANCIO LIMA	2
AC	120038	PLACIDO DE CASTRO	4
AC	120039	PORTO WALTER	1
AC	120042	RODRIGUES ALVES	3
AC	120060	TARAUACA	5
AM	130140	EIRUNEPÉ	10
AM	130220	JURUÁ	3
AM	130280	MARAA	7
AM	130370	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	11
AM	130390	SAO PAULO DE OLIVENÇA	4
AM	130002	ALVARAES	4
AM	130014	APUÍ	5
AM	130020	ATALAIA DO NORTE	2
AM	130030	AUTAZES	7
AM	130040	BARCELOS	5
AM	130063	BERURI	3
AM	130080	BORBA	13
AM	130083	CAAPIRANGA	2

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

AM	130090	CANUTAMA	4
AM	130110	CAREIRO	9
AM	130115	CAREIRO DA VÁRZEA	3
AM	130120	COARI	18
AM	130165	GUAJARA	3
AM	130170	HUMAITÁ	8
AM	130180	IPIXUNA	4
AM	130185	IRANDUBA	9
AM	130190	ITACOATIARA	15
AM	130200	ITAPIRANGA	2
AM	130230	JUTAÍ	7
AM	130240	LABREA	6
AM	130250	MANACAPURU	18
AM	130255	MANAQUIRI	5
AM	130260	MANAUS	42
AM	130270	MAN ICORE	9
AM	130320	NOVO AIRAO	2
AM	130330	NOVO ARIPUANA	5
AM	130353	PRESIDENTE FIGUEIREDO	5
AM	130356	RIO PRETO DA EVA	7
AM	130360	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	3
AM	130380	SAO GABRIEL DA CACHOEIRA	9
AM	130395	SAO SEBASTIAO DO UATUMA	2
AM	130400	SILVES	1
AM	130410	TAPAUÁ	3
AM	130420	TEFE	14
AM	130426	UARINI	2
RR	140002	AMAJARI	2
RR	140015	BONFIM	3
RR	140017	CANTA	2
RR	140020	CARACARAÍ	3
RR	140023	CAROEBE	1
RR	140028	IRACEMA	2
RR	140030	MUCAJAÍ	3
RR	140047	RORAINOPOLIS	2
RR	140050	SAO JOAO DA BALIZA	1
PA	150530	ORIXIMINA	11
PA	150470	MOJU	15
PA	150345	IPIXUNA DO PARA	5
PA	150060	ALTAMIRA	11
PA	150070	ANAJAS	3
PA	150085	ANAPU	3
PA	150195	CACHOEIRA DE PIRIA	6
PA	150309	GOIANESIA DO PARA	4
PA	150360	ITAITUBA	24
PA	150375	JACAREACANGA	3
PA	150503	NOVO PROGRESSO	2
PA	150548	PACAJA	10
PA	150550	PARAGOMINAS	13
PA	150600	PRAINHA	6
PA	150780	SENADOR JOSE PORFIRIO	3
PA	150810	TUCURUI	13
AP	160005	SERRA DO NAVIO	1
AP	160015	PEDRA BRANCA DO AMAPARI	2
AP	160020	CALCOENE	1
AP	160023	FERREIRA GOMES	1
AP	160040	MAZAGAO	4
AP	160050	OIAPOQUE	3
AP	160053	PORTO GRANDE	2
AP	160070	TARTARUGALZINHO	1
MT	510325	COLNIZA	5
MT	510757	RON DOLANDIA	1

ANEXO 5 DO ANEXO XXII

Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Anexo 2)

Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica

São ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF E/OU Equipes de agentes comunitários de Saúde.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A - COLETAR MATERIAL BIOLÓGICO

1. Atender o paciente;

2. Ponderar o pedido de exame;

3. Certificar-se do preparo do paciente;

4. Posicionar o paciente de acordo com o exame;

5. Identificar o material biológico do paciente;

6. Efetuar assepsia na região de coleta;

7. Puncionar polpa digital;

8. Acondicionar amostra para transporte.

B - RECEBER MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confrontar material biológico com o pedido;

2. Conferir as condições do material biológico.

C - PREPARAR AMOSTRA DO MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confeccionar lâminas (esfregaço);

2. Preparo do esfregaço delgado, quando indicado;

3. Corar lâminas.

D - AJUSTAR EQUIPAMENTOS ANALÍTICOS E DE SUPORTE

1. Executar manutenção preventiva do equipamento;

2. Calibrar o equipamento;

3. Ao final do dia, fazer manutenção e limpeza do microscópio;

4. Providenciar manutenção corretiva do equipamento.

E - REALIZAR EXAMES CONFORME O PROTOCOLO

1. Dosar volumetria de reagentes e soluções para exames;

2. Realizar análise macroscópica;

3. Avaliar a qualidade de coloração da gota espessa;

4. Avalair a qualidade de coloração do esfregaço;

5. Identificar a parasitemia para a malária e demais agravos passíveis de diagnóstico por meio do exame da gota espessa, aos quais estiver capacitado;

6. Realizar análise microscópica e quantificação da parasitemia;

7. Uso de testes rápidos para o diagnóstico de malária (quando se aplica);

8. Comparar resultados com os parâmetros de normalidade;

9. Dispensar ao paciente com malária os medicamentos necessários ao tratamento, de acordo com a espécie parasitária identificada no exame microscópico, conforme preconiza o Manual de Terapêutica da Malária do Ministério da Saúde, se necessário;

10. Comparar o resultado do exame com resultados anteriores;

11. Comparar resultado do exame com os dados clínicos do paciente;

12. Liberar exames para responsável que estiver acompanhando o paciente.

F - ADMINISTRAR O SETOR

1. Organizar o fluxograma de trabalho juntamente com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde;

2. Organizar o local de trabalho;

3. Gerenciar estoque de insumos;

4. Abastecer o setor;

5. Armazenar as amostras;

6. Consumir os kits por ordem de validade;

7. Encaminhar equipamento para manutenção;

8. Participar e promover atividades de capacitação e educação permanente junto à Equipe de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde;

9. Supervisionar as atividades de coleta de exames de gota espessa realizadas pela equipe de Agentes Comunitários de Saúde;

10. Elaborar controles estatísticos e epidemiológicos por meio das fichas do SIVEP - Malária.

G - TRABALHAR COM SEGURANÇA E QUALIDADE

1. Usar equipamento de proteção individual (EPI);

2. Seguir procedimentos e protocolos em caso de acidente;

3. Submeter-se a exames de saúde periódicos;

4. Tomar vacinas;

5. Aplicar normas complementares de biossegurança;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

6. Verificar as condições de uso do equipamento;

7. Acondicionar material para descarte;

8. Descartar resíduos químicos e biológicos;

9.Verificar a validade dos reagentes;

10. Descartar kits com validade vencida;

11. Precaver-se contra efeitos adversos dos produtos;

12. Desinfectar instrumental e equipamentos.

H - COMUNICAR-SE

1. Dialogar com o paciente;

2. Orientar o paciente sobre os procedimentos da coleta do material;

3. Registrar a ação da coleta;

4. Anotação do resultado no Boletim de Notificação de Casos de Malária:

a. Método tradicional em cruzes (avaliação semiquantitativa);

B. Método de avaliação quantitativa pela contagem de 100 campos microscópicos.

5. Registrar a medicação que o paciente está tomando no Boletim do SIVEP-Malária;

6. Anotação do resultado no "Livro do Laboratório";

7. Envio das lâminas examinadas para o Laboratório de Revisão (100% das lâminas positivas e 10% das lâminas negativas);

8. Enviar os Boletins de Notificação de Casos de Malária para digitação;

9. Trocar informações técnicas;

10. Consultar o médico, se necessário;

11. Realizar investigação do caso (UF provável de infecção; Município provável de infecção; localidade provável de infecção) junto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, quando necessário;

12. Ao suspeitar de malária grave, providenciar, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, o encaminhamento urgente do doente para a assistência médico-hospitalar;

13. Se o resultado for negativo, encaminhar o paciente à unidade de saúde de referência para o esclarecimento diagnóstico;

14. Fazer o agendamento para o acompanhamento com as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), se necessário;

15. Solicitar material ao almoxarifado;

16. Transcrever resultados observados

ANEXO XXIII

Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Origem: PRT MS/GM 1044/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Art. 2º Poderão aderir, voluntariamente, à política ora instituída, os Municípios e Estados que tiverem sob sua gestão estabelecimento hospitalar que preencha os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º)

I - ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, I)

II - estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, II)

III - possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, III)

IV - estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, IV)

Art. 3º São requisitos necessários para a adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º)

I - estar habilitado segundo as condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional da Assistência - NOB/96 ou na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS - 01/2002; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, I)

II - comprovar a operação do Fundo de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, II)

III - comprovar o funcionamento do Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, III)

IV - apresentar Plano de Trabalho aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, IV)

V - formalizar Termo de Adesão junto ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, V)

Parágrafo Único. As orientações para o desenvolvimento do Termo de Adesão e do Plano de Trabalho serão objeto de Instrução Normativa a ser publicada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá aos estabelecimentos de saúde, de acordo com normatização vigente: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º)

I - adequar o seu perfil assistencial, preferencialmente para: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

a) especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica); (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, a)

b) saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, b)

c) pequenas cirurgias, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, c)

d) urgência e emergência, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes e como integrante do sistema regional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, d)

II - participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, de acordo com a realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, II)

III - participar da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, III)

IV - cumprir o Contrato de Metas firmado com o gestor local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, IV)

V - desenvolver ações de qualificação da gestão hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, V)

VI - regularizar e manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VI)

VII - participar na composição do Conselho Gestor do Contrato de Metas; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VII)

VIII - alimentar, sistematicamente, os sistemas de informações do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VIII)

Parágrafo Único. O perfil assistencial dos Hospitais de Pequeno Porte poderá ser adequado de forma alternativa, a critério do gestor de saúde, desde que sejam respeitados os requisitos técnicos e a legislação pertinente nas áreas fins. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A oferta quantitativa de leitos dos Hospitais de Pequeno Porte será ajustada tomando como parâmetro: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º)

I - a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 5% da população da área de abrangência/ano; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, I)

II - taxa de ocupação de 80%; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, II)

III - média de permanência de 5 dias. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, III)

§ 1º Os parâmetros de que trata este artigo expressam-se na fórmula Necessidade de Leitos = Necessidade de Internações Programadas/Capacidade de Internação por Leito, conforme orientações do Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Esses parâmetros serão reavaliados periodicamente pelo Ministério da Saúde, podendo ser atualizados na medida da necessidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá ao responsável pela gestão do sistema hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º)

I - apresentar diagnóstico da rede hospitalar e sua integração com o sistema de atenção local e regional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, I)

II - elaborar Plano de Trabalho a ser submetido ao respectivo Conselho de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, contendo o detalhamento das metas, ações e programações a serem implementadas nas unidades de saúde que preencherem os critérios de seleção; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, II)

III - desenvolver a capacitação institucional e modernização da gestão visando à qualificação permanente das ações integradas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, III)

IV - pactuar com os gestores municipal e estadual os mecanismos de referência e contra-referência para atendimento à população em sua microrregião, em consonância com as diretrizes da regionalização dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, IV)

V - elaborar relatório semestral contendo avaliação das ações realizadas, a ser apresentado ao respectivo Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, V)

VI - acompanhar e avaliar o desempenho dos estabelecimentos de saúde e o cumprimento do Contrato de Metas; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VI)

VII - monitorar a alimentação das informações nos bancos de dados do SUS, por parte dos estabelecimentos de saúde contratados; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VII)

VIII - garantir a integração do hospital com a rede de atenção básica e a implementação das políticas de saúde prioritárias do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, aos Estados caberá: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º)

I - oferecer cooperação e assessoria técnica aos municípios para a elaboração do diagnóstico e dos "Planos de Trabalho"; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, I)

II - desenvolver e implementar projetos estratégicos para a capacitação de gestores municipais e gerentes das unidades hospitalares de pequeno porte; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, II)

III - encaminhar ao Ministério da Saúde, após apreciação pela CIB, a formalização da adesão do Estado à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte e os Planos de Trabalho formulados pelos Municípios ou pelo próprio Estado; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, III)

IV - participar no financiamento, conforme estabelecido no art. 10, § 1º ; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, IV)

V - acompanhar, supervisionar e avaliar os projetos, encaminhando ao Ministério da Saúde os relatórios semestrais contendo avaliação do impacto das ações realizadas; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, V)

VI - estimular o processo de descentralização das unidades sob gestão estadual. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 8º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, ao Ministério da Saúde caberá: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º)

I - implementar políticas e estratégias em conjunto com Estados e municípios, resultantes da pactuação entre as três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, I)

II - oferecer assessoria técnica a Estados e municípios para a elaboração e implantação dos Planos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, II)

III - desenvolver e implementar projetos estratégicos, em parceria com Estados e municípios, para a capacitação de gestores estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, III)

IV - monitorar, controlar e avaliar a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, IV)

V - analisar e encaminhar os projetos para homologação na Comissão Intergestores Tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, V)

VI - aprimorar e utilizar os sistemas de informação existentes para o acompanhamento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, VI)

Art. 9º A alocação de recursos de custeio aos estabelecimentos de saúde que atenderem aos critérios definidos no art. 2º será efetuada por Orçamento Global, mediante Contrato de Metas. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º)

§ 1º O valor correspondente ao custeio global dos hospitais de pequeno porte, em conformidade com o art. 5º, será normatizado pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O repasse dos recursos de custeio será realizado de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos Estaduais e Municipais, de acordo com as normas vigentes para tal finalidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A adesão e o valor de contrato destinado a cada estabelecimento de saúde, bem como os valores a serem repassados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde serão publicados no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 3º)

Art. 10. O Ministério da Saúde utilizará como base para a execução da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte o montante de recursos utilizados para o pagamento da produção apresentada pelos estabelecimentos de saúde no ano de 2003, acrescido do impacto financeiro de todos os reajustes concedidos até a data da contratação desses hospitais. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10)

§ 1º Os recursos financeiros necessários à cobertura da diferença entre o faturamento SUS pago no ano de 2003 para cada estabelecimento e o valor previsto para a orçamentação global por meio do Contrato de Metas serão divididos igualmente entre o Ministério da Saúde e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, poderão ser apresentadas, para apreciação e deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), propostas de custeio prevendo a participação de municípios, pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10, § 2º)

Art. 11. Os recursos financeiros de investimento necessários deverão estar em conformidade com o Plano Diretor de Investimentos dos Estados. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 11)

Parágrafo Único. Os projetos de investimento deverão ser apresentados de acordo com a Cartilha de Apresentação de Propostas do Ministério da Saúde, mediante a Celebração de Convênios e Instrumentos Congêneres, conforme a normatização vigente e disponível no endereço eletrônico portalfns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 12. O acompanhamento do Contrato de Metas será realizado por Conselho Gestor a ser instituído pelo respectivo Conselho de Saúde ou por Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas no âmbito do respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 12)

Parágrafo Único. O Órgão Colegiado de Acompanhamento de que trata o caput deste artigo deverá efetuar o acompanhamento mensal do Contrato de Metas e avaliar os relatórios semestrais das atividades desenvolvidas pelo estabelecimento de saúde, incluindo a análise de documentos contábeis, balancetes e outros julgados cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 13. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) definirá, em portaria complementar, os parâmetros e indicadores para acompanhamento e avaliação de desempenho dos estabelecimentos de saúde, visando à manutenção do repasse de recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13)

§ 1º O não cumprimento das obrigações previstas na Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte e no Contrato de Metas implicará na suspensão das transferências financeiras pactuadas. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde apresentará, para aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite, a desqualificação dos Estados e municípios que não comprovarem o cumprimento de suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13, § 2º)

Art. 14. Fica vedado o credenciamento pelo SUS de novos hospitais de pequeno porte em todo o território nacional, bem como o investimento do SUS para construção desse tipo de unidade, levando em consideração os parâmetros de necessidade de leitos, e o disposto no art. 5º. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 14)

Art. 15. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias para a operacionalização da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 15)

CAPÍTULO II
DA PARTICIPAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Seção I
Disposições Gerais

Art. 16. A critério dos gestores estaduais e municipais de saúde, fica facultada a participação de estabelecimentos de saúde na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte que detenham as características constantes dos itens abaixo, desde que cumpridos os demais critérios de seleção estabelecidos pelo Anexo XXIII: (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º)

I - estabelecimentos de saúde com mais de 30 leitos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, após o ajuste de leitos definidos pelo art. 5º apresentar necessidade de até 30 leitos; (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, I)

II - estabelecimentos de saúde que estão localizados em municípios com cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) menor que 70% poderão apresentar planos de trabalho para adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, a vigência do efeito financeiro só terá início mediante a adequação da cobertura do PSF maior que

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

70%, comprovada por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB; e (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, II)

III - estabelecimentos de saúde que apresentam valores financeiros da AIH 2004 maior que o definido pela Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, poderão aderir, considerando a base da AIH 2004 como seu valor de custeio correspondente. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, III)

Art. 17. O disposto no art. 14 não se aplica aos estabelecimentos de saúde públicos e filantrópicos, construídos, até a data de publicação da Portaria nº 852/GM/MS, de 07 de junho de 2005, e operacionalizados com recursos públicos, ainda não cadastrados no CNES, e considerados relevantes para o sistema local de saúde pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 2º)

Parágrafo Único. As unidades que se enquadram no disposto neste artigo deverão aderir à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, mediante justificativa do gestor estadual de saúde, apresentada à Secretaria de Atenção à Saúde, para análise aprovação e registro no CNES. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 2º, Parágrafo Único)

Seção II

Dos critérios da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte dos estados participantes da Amazônia Legal

Art. 18. Para a alocação de recursos financeiros dos hospitais de Pequeno Porte dos estados integrantes da região da Amazônia Legal, será considerada a oferta quantitativa do ajuste de leitos/necessidade de leitos, conforme o definido no Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1, tomando como parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º)

I - a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 6% da população da área de abrangência/ano; (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, I)

II - taxa de ocupação de 80%; e (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, II)

III - média de permanência de 5 dias. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, III)

Art. 19. Poderão aderir à Política Nacional, a critério dos gestores estaduais e municipais de saúde, os hospitais de pequeno porte da Amazônia Legal localizados em municípios que ainda não atingiram a cobertura mínima de 70% por Equipes de Saúde da Família (ESF). (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 2º)

Parágrafo Único. A adequação do critério de cobertura populacional por ESF terá efeito para estados/municípios que apresentem em seus planos municipais de saúde ações e metas progressivas de qualificação da atenção básica, demonstrando a integração/interface entre a atenção básica e a atenção hospitalar, nesse nível de complexidade, dentro da lógica do Pacto de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 20. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) será a instância de pactuação, avaliação e deliberação da análise e definição das propostas apresentadas com vistas à participação dos estabelecimentos de saúde/municípios na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte da Amazônia Legal. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 3º)

ANEXO XXIV

Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Origem: PRT MS/GM 3390/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º)

Art. 2º As disposições regulamentares da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 2º)

Art. 3º Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica especifica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 3º)

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS locorregional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º)

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º Para efeito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), considera-se: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º)

I - acessibilidade hospitalar: a condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos do hospital por uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, I)

II - acolhimento: a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, II)

III - apoio matricial: o suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, III)

IV - auditoria clínica: a análise crítica e sistemática da qualidade de atenção à saúde prestada no hospital, incluindo-se os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, uso dos recursos e os resultados para os usuários; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, IV)

V - classificação de risco: protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, V)

VI - clínica ampliada: dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VI)

VII - diretrizes terapêuticas: recomendações desenvolvidas de modo sistemático para auxiliar os profissionais de saúde e usuários no momento da tomada de decisões acerca de circunstâncias clínicas específicas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VII)

VIII - gerência: administração de uma unidade ou órgão de saúde, tais como ambulatório, hospital, instituto e fundação, que se caracteriza como prestador de serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VIII)

IX - gestão: atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde municipal, distrital, estadual ou nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, envolvendo as macrofunções de formulação de políticas/planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados e prestação direta de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, IX)

X - gestão da clínica: práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos usuários por meio da gestão de leitos, corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, X)

XI - gerenciamento de leitos: dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XI)

XII - horizontalização do cuidado: a forma de organização do trabalho em saúde, na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XII)

XIII - linha de cuidado: a estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIII)

XIV - Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIV)

XV - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH): Núcleo composto por profissionais das diversas áreas do hospital cuja finalidade é a garantia da qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências na forma do Título I do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XV)

XVI - modelo de atenção: forma como é organizado o sistema de saúde a partir da compreensão do processo de saúde e doença, do modo como se organiza a oferta de serviços e suas formas de intervenção por meio dos modelos de práticas profissionais e institucionais estruturadas para o atendimento de necessidades individuais e coletivas, específicas para um determinado contexto histórico e social; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVI)

XVII - Plano Terapêutico: plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVII)

XVIII - ponto de atenção: espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, como uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade de atenção paliativa, etc.; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVIII)

XIX - prontuário único: o conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIX)

XX - Portas Hospitalares de Urgência e Emergência: serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, etc.; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XX)

XXI - protocolo clínico: documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXI)

XXII - RAS: malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXII)

XXIII - visita aberta: o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXIII)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO II)

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º)

I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, I)

II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, II)

III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, III)

IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IV)

V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, V)

VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VII)

VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VIII)

IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IX)

X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, X)

XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XI)

XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XII)

XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIII)

XIV - monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIV)

CAPÍTULO III
DOS EIXOS ESTRUTURANTES
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III)

Art. 7º São eixos estruturantes da PNHOSP: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º)

I - Assistência Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, I)

II - Gestão Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, II)

III - Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, III)

IV - Financiamento; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, IV)

V - Contratualização; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, V)

VI - Responsabilidades das Esferas de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, VI)

Seção I
Do Eixo de Assistência Hospitalar
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 8º A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 8º)

Art. 9º A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras politicas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 9º)

Art. 10. A assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas, será prestada em Regime de Hospital Dia, nos termos do Anexo 1.

Art. 11. O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10)

§ 1º O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonancia com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 2º)

§ 3º A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 3º)

Art. 12. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11)

§ 1º A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 2º)

§ 3º A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 3º)

§ 4º O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 4º)

§ 5º As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 5º)

§ 6º O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 6º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

§ 7º Cabe ao hospital implantar os núcleos de Segurança do Paciente nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, de forma a elaborar um Plano de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 7º)

§ 8º Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 8º)

§ 9º Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde deverão ser implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 9º)

Art. 13. Cabe ao hospital identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 12)

Art. 14. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 13)

Art. 15. Os usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. O direito de crianças e adolescentes de brincar será assegurado, assim como o direito de estudar, que será implementado de acordo com o estabelecido pela Secretaria de Educação Estadual, Distrital e Municipal em articulação com gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 16. A auditoria clínica interna periódica será realizada, no mínimo a cada 2 (dois) anos, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 15)

Art. 17. A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16)

I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, I)

II - articulaçao da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, II)

III - implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, III)

Seção II
Do Eixo de Gestão Hospitalar
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 18. A gestão da atenção hospitalar será pautada: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17)

I - na garantia do acesso e qualidade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, I)

II - no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, II)

III - na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, III)

IV - no planejamento participativo e democrático. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, IV)

Art. 19. A gestão da atenção hospitalar no SUS será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18)

I - o papel do hospital na rede; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, I)

II - a implementação de fluxos regulatórios; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, II)

III - a contratualização; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, III)

IV - os critérios de monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, IV)

§ 1º O gestor estadual, distrital ou municipal de saúde será responsável pela regulação da atenção hospitalar, nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS, utilizando-se de protocolos assistenciais e de critérios de priorização de riscos e vulnerabilidades, conforme pactuação da CIB ou da CIR, quando existir, para proporcionar acesso ao cuidado adequado no tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, § 1º)

§ 2º Os hospitais disponibilizarão ações e serviços de saúde às centrais de regulação de acordo com o pactuado no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, § 2º)

Art. 20. O Plano Diretor e os contratos internos de gestão do hospital, desde que monitorados e avaliados rotineiramente, poderão ser ferramentas adotadas para o cumprimento dos compromissos e metas pactuados com o gestor e para a sustentabilidade institucional. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19)

§ 1º Cabe aos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 1º)

§ 2º A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 2º)

§ 3º A ambiência hospitalar deverá adotar uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 3º)

§ 4º Deverão ser garantidos o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 4º)

Art. 21. A administração dos hospitais será profissionalizada por meio de ações de indução e apoio à formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 20)

Art. 22. A administração dos insumos, da infraestrutura, de recursos financeiros e a gestão da força de trabalho serão direcionados para o cumprimento do papel do hospital na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 21)

Art. 23. Para efeito de investimento pelo SUS, a direção do hospital pactuará junto aos gestores do SUS a demanda para ampliação ou reforma da capacidade instalada e incorporação de tecnologias que impliquem em

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

acréscimos na contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 22)

Seção III
Dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar

Art. 24. Ficam instituídos os Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. São consideradas como Centros Colaboradores aquelas instituições hospitalares, integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham comprovada experiência e qualidade na gestão organização assistencial e, portanto, estejam aptas a desenvolver ações de assessoria/consultoria a outros hospitais, igualmente integrantes do Sistema. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 25. Compete aos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar o desenvolvimento de atividades de assessoria/consultoria, nas áreas em que forem selecionados, junto a hospitais predefinidos pela Secretaria de Atenção à Saúde/SAS e integrantes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 2º)

Art. 26. A Secretaria de Atenção à Saúde deve estabelecer critérios de seleção para os hospitais que atuarão como Centros Colaboradores, celebrando, com os mesmos, Termos de Cooperação Técnica para a execução das atividades de assessoria/consultoria, bem como adote todas as demais providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 3º)

Art. 27. Será concedido, por meio de ato próprio, às Instituições selecionadas que firmarem o Termo de Cooperação Técnica, de que trata o art. 26, e atuarem como Centros Colaboradores, o Título de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, que terá validade pelo período de 01 (um) ano. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 4º)

Parágrafo Único. As instituições tituladas como Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar serão priorizadas no estabelecimento de outras parcerias com o Ministério da Saúde na área de assistência hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 4º, Parágrafo Único)

Seção IV
Do Eixo de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 28. Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no SUS constituem-se em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, devendo os hospitais integrantes do SUS desempenhar um importante papel na formação, tanto para suas equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, de acordo com o pactuado com os gestores. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23)

§ 1º Os hospitais integrantes do SUS deverão participar tanto de ações de formação de novos profissionais de saúde, quanto de educação permanente em saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, devendo integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23, § 1º)

§ 2º Os hospitais podem ter uma missão específica de ensino para graduação e pós-graduação na área da saúde, podendo receber a Certificação como Hospital de Ensino (HE), de acordo com os critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23, § 2º)

Art. 29. Os hospitais adotarão as seguintes estratégias de valorização dos trabalhadores: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24)

I - avaliação de desempenho; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, I)

II - educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, II)

III - avaliação da atenção à saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, III)

§ 1º A avaliação de desempenho dos trabalhadores pressupõe a existência de oportunidades sistemáticas para análises individuais e coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores, buscando a corresponsabilização das equipes com as avaliações. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 1º)

§ 2º O programa de educação permanente em saúde deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes dos hospitais, baseado no aprendizado em serviço, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais e das equipes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 2º)

§ 3º A atenção à saúde do trabalhador contemplará ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 3º)

Art. 30. A gestão da força de trabalho na atenção hospitalar no SUS será direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, buscando atender aos pressupostos da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 25)

Seção V
Do Eixo de Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 31. O financiamento da assistencia hospitalar será realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS e o disposto no Anexo 3. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 26)

Art. 32. A busca da sustentabilidade será uma das bases do custeio dos hospitais, considerando a sua população de referência, o território de atuação, a missão e o papel desempenhado na RAS, pactuados regionalmente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27)

§ 1º Todos os recursos que compõem o custeio das ações e serviços para a atenção hospitalar constarão em um único instrumento formal de contratualização, mediado pelo cumprimento de metas qualiquantitativas de assistência, gestão e ensino/pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27, § 1º)

§ 2º As regiões com populações dispersas e rarefeitas em grandes extensões territoriais, como a Amazônia Legal, terão mecanismos de custeio que considerem as especificidades regionais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27, § 2º)

Art. 33. Os recursos de investimento destinados à atenção hospitalar considerarão a ampliação da capacidade instalada, a renovação do parque tecnológico e a inovação de tecnologias, respeitando as especificidades regionais e as pactuações locais, de acordo com os seguintes critérios de priorização: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28)

I - estar em consonância com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, I)

II - contemplar os projetos de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - priorizar regiões remotas com grandes vazios assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, III)

Seção VI
Do Eixo de Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção V)

Art. 34. Os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. A contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 35. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa, de acordo com o disposto no Anexo 2 e as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30)

I - adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, I)

II - definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, II)

III - estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas qualiquantitativas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, III)

IV - aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, IV)

V - efetivação do controle social e garantia de transparência. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, V)

Art. 36. O gestor local levará em consideração os seguintes critérios de priorização para a contratualização: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31)

I - hospitais públicos, quais sejam federais, estaduais, distrital ou municipais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, I)

II - hospitais de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, II)

III - hospitais de direito privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% (sessenta por cento) dos seus serviços ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, III)

IV - demais hospitais privados sem fins lucrativos; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, IV)

V - hospitais privados com fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, V)

Seção VII
Do Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção VI)

Art. 37. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS, são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32)

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º)

I - definir, implementar, monitorar e avaliar a PNHOSP em consonância com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização com direção única em cada esfera de governo, da forma pactuada na CIT; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, I)

II - estabelecer, no Plano Nacional de Saúde, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar em todo território nacional; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, II)

III - definir, monitorar e avaliar a contratualização da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, IV)

V - estabelecer diretrizes nacionais para a educação permanente em saúde na atenção hospitalar, de acordo com a pactuação na CIT; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, V)

VI - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VI)

VII - fomentar a gestão de tecnologias em saúde direcionadas para a atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VII)

VIII - articular com o Ministério da Educação mudanças curriculares para os cursos de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado para atuação na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VIII)

IX - estabelecer, de acordo com a pactuação na CIT, mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho, de processos e de resultados; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, IX)

X - ser copartícipe da contratualização dos hospitais sob sua gerência com os gestores locais e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, X)

XI - organizar, executar e avaliar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XI)

XII - prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios no processo de qualificação da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XII)

XIII - prestar assessoria técnica aos hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XIII)

XIV - viabilizar parcerias com organismos internacionais e o setor privado para o fortalecimento da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XIV)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

§ 2º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º)

I - coordenar, no âmbito estadual ou do Distrito Federal, a implantação, o monitoramento e a avaliação da PNHOSP, de forma pactuada na CIB e na CIR; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, I)

II - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual ou do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, II)

III - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, IV)

V - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, V)

VI - organizar, executar e/ou gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VI)

VII - elaborar as prioridades e fomentar a realização de ensino e pesquisa que fortaleçam a assistência hospitalar aos usuários do SUS, em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VII)

VIII - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, os mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho e qualidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VIII)

IX - prestar assessoria técnica aos Municípios e hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, IX)

X - propor diretrizes estaduais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, X)

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, XI)

§ 3º Compete às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º)

I - coordenar, no âmbito municipal e do Distrito Federal, a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de acordo com o pactuado na CIB e na CIR; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, I)

II - estabelecer, no Plano Municipal e do Distrito Federal de Saúde, as metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, II)

III - estabelecer de forma pactuada com os Estados, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, IV)

V - organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, V)

VI - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VI)

VII - estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VII)

VIII - prestar assessoria técnica aos hospitais sob sua gestão no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VIII)

IX - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, IX)

X - propor diretrizes municipais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, X)

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais no âmbito do seu território nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, XI)

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 38. A implementação da PNHOSP será gradual, a partir da celebração de novas contratualizações, com prioridade para os hospitais que fazem parte das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 33)

Art. 39. Fica instituído o Comitê Gestor da Atenção Hospitalar, com composição tripartite, que monitorará e avaliará a PNHOSP periodicamente, além de estudar e aprofundar as discussões para o aprimoramento de seus eixos estruturantes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34)

§ 1º O Comitê Gestor de que trata o "caput" deverá aprofundar as discussões para reformulação da modelo de financiamento da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34, § 1º)

§ 2º Ato específico do Ministro de Estado da Saúde regulamentará o funcionamento e disporá acerca da composição e competências do Comitê de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34, § 2º)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO V)

Art. 40. As unidades hospitalares certificadas como Hospitais de Excelência, nos termos do Anexo XCIII da Portaria de Consolidação nº 5, obedecerão à regulamentação aplicável à Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) quando atuarem na prestação de ações e serviços de saúde para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 35)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 41. A SAS/MS publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações especificas para a execução da PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 36)

ANEXO 1 DO ANEXO XXIV

Da modalidade de assistência em regime de hospital-dia (Origem: PRT MS/GM 44/2001)

Art. 1º Fica aprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a modalidade de assistência - Hospital Dia. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 1º)

Art. 2º O Regime de Hospital Dia é definido como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 2º)

Art. 3º Para a realização de procedimentos em regime de Hospital Dia as Unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), deverão cumprir os requisitos abaixo descritos, sendo a vistoria realizada pela Secretaria Estadual/Municipal de Saúde e os relatórios encaminhados à Secretaria de Atenção à Saúde para providências relativas à publicação de ato normativo: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º)

I - condições gerais da unidade: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I)

a) recepção com sala de espera; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, a)

b) vestiário masculino e feminino; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, b)

c) sanitários para pacientes, acompanhantes e funcionários; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, c)

d) oferecer refeições adequadas durante o período de permanência do paciente na Unidade; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, d)

e) equipe de plantão com no mínimo 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira e auxiliares de enfermagem em número suficiente e correspondente aos leitos disponíveis, durante todo o período de funcionamento da unidade para prestar assistência aos pacientes; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, e)

f) garantir vaga na própria unidade de saúde ou referência para transferência, quando necessário, de pacientes para outras unidades hospitalares mais complexas ou unidade de tratamento intensivo, quando não possuir; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, f)

g) garantir a continuidade e assistência após alta ou em decorrência de complicações; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, g)

h) obedecer os parâmetros constantes da Portaria GM/MS nº 1.884/94; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, h)

II - condições e requisitos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos em regime de atendimento em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II)

a) centro cirúrgico com sala(s) cirúrgica(s) devidamente equipada(s); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, a)

b) centro de esterilização e desinfecção de materiais einstrumentos de acordo com normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, b)

c) condições mínimas para realização do ato anestésico, conforme Resolução nº 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, c)

d) enfermaria masculina, feminina e pediátrica quando for o caso, para recuperação e observação pós-anestésica devidamente equipada com oxigênio, carro de parada e medicamentos necessários em emergências, etc; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, d)

III - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária de 08 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, a)

b) situar-se em área específica independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de assistência à saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades sonoterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, d)

e) recursos humanos: a equipe mínima, por turno de 04 horas, para atendimento de 30 pacientes dia, deve ser composta por: 01 médico, 01 enfermeiro e 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, e)

IV - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - AIDS: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional , em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, a)

b) situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de atendimento ao paciente com AIDS; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente com AIDS na comunidade e sua inserção social; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, d)

e) recursos Humanos: a equipe mínima, deve ser composta por: 01 médico, 01 enfermeiro e 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, e)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

V - Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Geriatria: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V)

a) possuir estrutura assistencial para os idosos realizarem ou complementarem tratamentos médicos, terapêuticos, fisioterápicos ou de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, a)

b) planta física adequada para receber o paciente idoso, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, b)

c) recursos humanos: 01 Geriatra; 02 enfermeiros; 07 auxiliares de enfermagem; 01 assistente social; outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica. A equipe multiprofissional ampliada não necessita ser exclusiva do serviço, devendo ser composta por: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo. A equipe consultora será envolvida somente nos casos em que a equipe básica estabelecer como necessário e apropriado; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, c)

VI - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, a)

b) situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); visitas domiciliares; atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, d)

e) recursos humanos: pediatra; pneumologista; gastroenterologista; cardiologista; otorrinolaringologista; fisioterapeuta; enfermeiro; psicólogo; assistente social; outros profissionais necessários à realização das atividades; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, e)

VII - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia em intercorrências após Transplante de Medula Óssea e outros precursores hematopoiéticos: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII)

a) estar integrado à Unidade de Transplante de Medula Óssea, com acesso aos seguintes serviços do Hospital Geral: radiologia; laboratórios; serviço de endoscopia gástrica enteral e brônquica; transporte; farmácia (que deve fornecer os medicamentos para o tratamento do transplantado quando internado e domiciliado); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, a)

b) instalações físicas: o serviço de Hospital Dia deverá contar com as seguintes instalações: consultórios para atendimento; sala de procedimentos; quartos para repouso, administração de medicação e precursores hematopoiéticos; posto de enfermagem; e sala com poltronas para administração de medicações; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, b)

c) recursos humanos: hematologista ou oncologista ; pediatra; enfermeiro, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem; oftalmologista; nutricionista; assistente social; psicólogo; fisioterapeuta; odontólogo; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, c)

d) procedimentos diagnósticos: a unidade de saúde deverá possuir capacidade para realização dos seguintes procedimentos: biópsias de medula óssea; biópsia de pele; biópsia hepática; inserção de cateter venoso em veia central; coleta de sangue e fluídos. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, d)

Art. 4º Ficam estabelecidos os seguintes critérios para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º)

I - procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, I)

II - procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, II)

III - procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, III)

IV - obrigatoriamente para todo paciente será aberto prontuário constando de: identificação completa, anamnese, exame físico, ficha de descrição do ato cirúrgico e anestésico, folha de prescrição médica, observação de enfermagem, registro de dados vitais durante todo período pré e pós-operatórios, o qual ficará arquivado na unidade de saúde à disposição da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou Ministério da Saúde, pelo período que a legislação estabelece. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, IV)

Art. 5º Ficam estabelecidos os seguintes critérios para seleção dos pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º)

I - paciente hígido com ausência de comprometimento sistêmico; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º, I)

II - paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º, II)

Art. 6º Ficam estabelecidos os seguintes critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º)

I - lúcido, orientado no tempo e no espaço, sem grandes queixas de dor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, I)

II - sinais vitais estáveis há pelo menos 60 (sessenta) minutos antes da alta; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, II)

III - ausência de náuseas e vômitos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, III)

IV - capacidade de ingerir líquidos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, IV)

V - ausência de sangramento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, V)

VI - micção espontânea; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VI)

VII - acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado; (Origem: PRT

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

MS/GM 44/2001, Art. 6º, VII)

VIII - orientação verbal e por escrito ao paciente e ou familiares dos cuidados pós-operatórios bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Ficam estabelecidos as seguintes formas de pagamento para os procedimentos realizados em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º)

I - atendimento em regime de Hospital Dia em Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos em regime de Hospital Dia em Saúde Mental as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, a)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, b)

c) as diárias serão pagas em 05 dias úteis semanais, sendo a validade da AIH de 45 dias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, c)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, d)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia em Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, e)

II - atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, a)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, b)

c) as diárias serão pagas por 05 dias úteis semanais, pelo máximo de 45 dias corridos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, c)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, d)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia - AIDS; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, e)

III - atendimento em regime de Hospital Dia em Geriatria: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, a)

b) a AIH para atendimento em regime de Hospital Dia Geriátrico terá validade de 30 dias, devendo ser lançado na primeira linha do campo serviços profissionais o número de diárias utilizadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, b)

c) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, c)

d) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia - Geriátrico; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, d)

IV - atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística as Unidades previamente habilitadas e que comprovadamente realizem atendimento ambulatorial especializado ao portador de Fibrose Cística; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, b)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, c)

c) as diárias serão pagas por no máximo 05 dias úteis por semana, pelo máximo de 30 dias corridos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, d)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, e)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, f)

V - atendimento em regime de Hospital Dia - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V)

a) a cobrança dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, constantes do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV e dos que posteriormente venham a ser incluídos nesta modalidade de assistência, será efetuada por meio de AIH; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, a)

b) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos por Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, b)

c) para caracterização dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos para cobrança em AIH deverá ser lançado no caráter de internação como segundo dígito o número 1, especificamente para os casos de: 1.1 - Eletivo - Atendimento em regime de Hospital Dia; 2.1 - Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência - Atendimento em regime de Hospital Dia; 4.1 - Câmara de Compensação de Alta Complexidade - Atendimento em regime de Hospital Dia; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, c)

d) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, d)

VI - atendimento em Regime de Hospital Dia para intercorrências após transplante de medula óssea e outros órgãos hematopoiéticos: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI)

a) autogênico: o limite de cobrança por AIH, para o procedimento é de 07 (sete) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência à maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 06 (seis) meses da realização do transplante; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

b) alogênico aparentado: o limite de cobrança por AIH, é de 15 (quinze) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 meses da realização do transplante; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, b)

c) alogênico não aparentado: o limite de cobrança por AIH, é de 30 (trinta) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 (vinte e quatro) meses da realização do transplante. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, c)

Art. 8º A modalidade de assistência - Hospital Dia obedecerá ao que se segue: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º)

I - as unidades cadastradas somente no SIA/SUS, deverão solicitar à Secretaria Estadual de Saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, o cadastramento no SIH/SUS, para cobrança dos procedimentos na modalidade de atendimento em regime de Hospital Dia, desde que demonstrem capacidade para o cumprimento dos requisitos específicos para cada área. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º, I)

II - a Secretaria Estadual de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde estabelecerá as rotinas de supervisão, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria pertinentes, providenciando o treinamento e apoio técnico necessário para promover a qualidade da atenção à saúde nesta modalidade. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º, II)

Art. 9º Ficam mantidas as habilitações dos Hospitais autorizados para realização de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria, Saúde Mental e AIDS. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 9º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá efetuar a atualização dos procedimentos relativos à assistência em regime de Hospital Dia sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 11)

ANEXO A DO ANEXO 1 DO ANEXO XXIV

Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Anexo 1)

CODIGO	PROCEDIMENTO
31001050	Biopsia da prostata
31001084	Epididimo Deferente Neostomia
31001092	Espermatocelectomia
31002048	Extirpacao De Glandula De Cowper
31002056	Incisao E Drenagem De Abscesso Prostatico
31002064	Exploracao Cirurgica Da Bolsa Escrotal
31002072	Tratamento cirurgico da hidrocele
31002080	Epididimectomia
31002099	Exerese de cisto do cordao espermatico
31003060	Incisao e drenagem de abscesso da bolsa escrotal
31003079	Tratamento cirurgico da varicocele
31003095	Exerese De Tumor Do Cordao Espermatico
31004067	Plastica da bolsa escrotal
31004075	Orquiectomia unilateral
31004083	Epididimectomia Com Esvaziamento Ganglionar
31005047	Incisao E Drenagem De Abscesso Periuretral
31005063	Resseccao parcial da bolsa escrotal
31005071	Orquiectomia Com Esvaziamento Ganglionar
31005080	Exerese de cisto do epididimo
31005098	Vasectomia Parcial Ou Completa
31007040	Resseccao da caruncula uretral
31008046	Resseccao de prolapso da mucosa da uretra
31009077	Reparacao E Operacao Plastica Do Testiculo
31013031	Tratamento Cirurgico Da Cistocele
31014046	Uretroplastia (Resseccao De Corda)
31018041	Meatotomia
32001010	Biopsia Do Miocardio
32002033	Biopsia Do Conduto Linfatico
32003030	Exerese de ganglio linfatico
32004036	Incisao E Drenagem De Ganglio Linfatico
32005016	Introducao De Eletrodo Temporario De Marca Passo
32013019	Marcapasso (Troca De Gerador De Estimulo)
32013035	Biopsia Pre-Escalenica
32014015	Marcapasso Cardiaco (Epicardico)
32015011	Marcapasso Cardiaco (Intracavitario)
32030010	Estudo Eletrofisiologico (E. Terapeutico)
32031017	Estudo Eletrofisiologico Diagnostico E Terapeutico
32033010	Cardioversor Desfibrilador - Troca De Gerador
32042043	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Unilateral
32043040	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Bilateral
32044046	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna Unilateral
32045042	Tratamento Cvirurgico De Varizes Da Safena Interna Bilateral
32046049	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Unilateral
32047045	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Bilateral
32056044	Instalacao de cateter venoso de longa permanencia totalmente implantavel

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

32057040	Instalacao De Cateter Venoso De Media Permanencia Totalmente Implantavel
33001057	Biopsia Do Estomago Via Laparotomia
33002029	Excisao De Glandula Sublingual
33002070	Esfincteroplastia anal
33003025	Excisao de glandula submaxilar
33003076	Esfincterotomia interna e tratamento de fissura anal
33004021	Excisao de ranula
33004072	Exerese de malformacao anal
33005028	Excisao de tumor de glandula parotida
33005079	Fistulectomia Anal
33005117	Herniorrafia crural (unilateral)
33006016	Resseccao De Lesao Maligna
33006024	Excisao de tumor de glandula sublingual
33006032	Excisao De Lesao Localizada
33006075	Esfincterotomia Anal
33006113	Herniorrafia crural (bilateral)
33007020	Excisao De Tumor De Glandula Submaxilar
33007071	Fistulectomia Ou Fistulotomia Anal
33008078	Incisao e drenagem de abscesso anal
33009082	Biopsia Do Figado Por Laparotomia
33009112	Herniorrafia epigastrica
33010021	Incisao e drenagem de abscesso da parotida
33010072	Plastica anal externa
33010110	Herniorrafia Incisional
33011117	Herniorrafia inguinal (unilateral)
33012113	Herniorrafia inguinal (bilateral)
33013071	Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Membranosa Do Anus
33014027	Extirpacao da glandula salivar
33014078	Tratamento cirurgico do prolapso anal mucoso
33014116	Herniorrafia recidivante
33015082	Colecistectomia Videolaparoscopica
33015112	Herniorrafia umbilical
33016070	Incisao de lesao anal
33017077	Criptectomia uni ou multipla
33018073	Excisao de papila hemorroidaria
33023077	Incisao e drenagem de abscesso isquiorretal
33023115	Reparacao outras hernias (inclui herniorrafia muscular)
33024073	Fissurectomia com ou sem esfincterectomia
33025118	Herniorrafia inguinal videolaparoscopica
33026114	Herniorrafia Umbilical Videolaparoscopica
33027072	Tratamento cirurgico da trombose hemorroidaria externa
33027110	Herniorrafia epigastrica videolaparoscopica
33028117	Laparotomia Videolaparoscopica Para Drenagem E/Ou Biopsia
33030073	Hemorroidectomia
33044074	Tratamento Cirurgico Da Atresia Congenita Anus Retal
33045062	Enterorrafia videolaparoscopica
33045070	Tratamento Cirurgico De Outras Anomalias Congenitas Anus -Retal
34001018	Bartolinectomia
34003045	Salpingectomia videolaparoscopica
34004025	Colpoperineocleise
34004041	Salpingoplastia Videolaparoscopica
34005013	Marsupializacao de glandula de Bartholin
34005021	Colpoperineorrafia Nao Obstetrica
34005030	Curetagem semiotica com ou sem dilatacao do colo uterino
34007016	Vulvectomia Simples
34008012	Tratamento Cirurgico Da Coadaptacao De Ninfas
34008039	Extirpacao de polipo uterino
34009019	Alargamento da entrada vaginal
34010017	Exerese de glandula de Skene
34011013	Episioperineorrafia nao obstetrica
34018026	Tratamento Cirurgico Da Vagina Septada Ou Atresica
34020020	Exerese de cisto vaginal
34020039	Curetagem uterina por mola hidatiforme
35014016	Curetagem pos aborto
35016019	Reducao Manual Inversao Uterina Aguda Pos-Parto
35018011	Cerclagem do colo uterino
35019018	Sutura De Laceracoes Do Trajeto Pelvico
36001015	Cirurgia do pterigio

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

36001023	Cauterizacao da cornea
36001040	Capsulectomia do cristalino
36001058	Retirada De Cisticerco Intra-Ocular
36001066	Sutura de esclera
36001074	Enucleacao do globo ocular
36001082	Ciclodialise
36001104	Retinopexia primaria
36001112	Tratamento cirurgico do estrabismo
36001120	Dacriocistorrinostomia
36002011	Exerese de tumor de conjuntiva
36002020	Ceratectomia superficial
36002038	Retirada de corpo estranho da camara anterior do olho
36002054	Retirada De Corpo Estranho Intravitreo
36002070	Evisceracao do globo ocular
36002089	Ciclodiatermia
36002097	Exerese de calazio
36002100	Endofotocoagulacao a laser
36002119	Exenteracao De Orbita
36002127	Extirpacao de glandula lacrimal
36003018	Sutura de conjuntiva
36003034	Reconstrucao de camara anterior do olho pos-trauma
36003050	Vitrectomia Posterior (Alterar Valor Para 734,63)
36003069	Biopsia da esclera
36003093	Simblefaroplastia
36003115	Exerese De Tumor Maligno Intra-Ocular
36003123	Extirpacao do saco lacrimal
36004014	Reconstituicao de cavidade
36004022	Retirada de corpo estranho da cornea
36004049	Facectomia Sem Implante De Lente Intra-Ocular
36004057	Vitrectomia anterior
36004065	Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura da esclera
36004073	Crioterapia De Tumores Intra-Oculares
36004103	Crio-retinopexia
36004111	Orbitotomia
36005010	Biopsia da conjuntiva
36005029	Recobrimento conjuntival
36005061	Transplante de esclera
36005088	Iridectomia cirurgica
36005096	Tratamento cirúrgico do Entropio e Ectropio
36005100	Reoperacao E Retinopexia Com Vitreo Intervencao
36005126	Drenagem de abscesso lacrimal
36006017	Reconstituicao de fornix conjuntival
36006025	Sutura de cornea
36006068	Introflexao escleral
36006114	Reconstituicao Da Parede Da Orbita
36006122	Canaliculotomia
36007021	Implante Interlamelar De Cornea
36007048	Explantacao e/ou substituicao de lente intra-ocular
36007064	Transplante De Periosteo Em Escleromalacia
36007099	Tratamento da ptose e coloboma de palpebra
36007110	Biopsia de tumor extra-ocular
36007129	Oclusao de ponto lacrimal
36008060	Cirurgia fistulizante antiglaucomatosa
36008087	Tratamento cirurgico da hernia de iris
36008095	Cirurgia da triquiase
36008117	Injecao retrobulbar ou peribulbar
36008125	Sondagem das vias lacrimais
36009024	Biopsia da cornea
36009067	Implantacao de protese antiglaucomatosa
36009083	Sinequiotomia cirurgica
36009113	Desnervacao quimica
36009121	Reconstituicao do canal lacrimal
36010022	Transplante De Cornea
36010065	Aplicacao De Placa Radioativa Episcleral
36010081	Biopsia da iris e corpo ciliar
36010090	Drenagem de abscesso palpebral
36010111	Tratamento Cirurgico De Hipertropias
36011029	Tratamento cirurgico do astigmatismo secundario

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

36011061	Cirurgia Do Glaucoma Congenito
36011096	Miiase palpebral
36011118	Descompressao Da Orbita
36012025	Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura de cornea
36012084	Trabeculotomia
36012092	Epilacao de cilios
36013021	Ceratoprotese
36013099	Sutura de palpebra
36014087	Iridociclectomia
36014095	Cirurgia do xantelasma
36015024	Transplante De Cornea Em Reoperacoes
36015091	Blefarocalase
36016020	Transplante De Cornea Em Cirurgias Combinadas
36016098	Reconstituicao parcial da palpebra
36017027	Epiceratofacia
36017094	Cirurgia De Coloboma Palpebral Congenito
36018023	Topoplastia Do Transplante
36020052	Facectomia para implante de lente intra-ocular
36701033	Paracentese De Camara Anterior
37001019	Antrotomia Da Mastoide (Drenagem De Otite No Lactente)
37001035	Incisao e drenagem de abscesso periamigdaliano
37001051	Osteostomia Do Maxilar Inferior
37002031	Adenoidectomia
37003020	Tratamento Cirurgico Da Rinofima
37003038	Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia
37003054	Retirada De Corpo Estranho Na Intimidade Dos Ossos Da Face
37004026	Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Coanal -Unilateral
37006029	Cirurgia de ozena
37007041	Laringoscopia direta para retirada de corpo estranho
37009044	Laringoscopia com exerese de papiloma
37011030	Amigdalectomia
37011057	Reducao cirurgica da fratura dos ossos proprios do nariz
37012053	Reducao Cirurgica Da Luxacao Temporo Mandibular (Recidivante Ou Nao)
37020021	Turbinectomia
37021028	Septoplastia (desvio do septo)
37023012	Timpanoplastia (Tipo I - unilateral)
38001080	Alongamento De Columela
38001101	Tratamento cirurgico nao estetico da orelha
38002078	Tratamento cirurgico do gigantismo ao nivel da mao
38002086	Tratamento cirurgico da perfuracao do septo nasal
38002124	Exerese de cisto tireoglosso
38002132	Exerese e plastica de cisto sacro coccigeo
38003074	Tratamento cirurgico da polidactilia articulada
38003082	Rinoplastia para defeito(s) pos-traumatico(s)
38003090	Tratamento cirurgico do epicanto
38003104	Reconstrucao de helix da orelha
38004046	Tratamento cirurgico da hipertrofia dos pequenos labios
38004054	Excisao e reconstrucao total de labio
38004062	Tratamento cirurgico da retracao cicatricial do cotovelo
38004089	Rinoplastia reparadora nao estetica
38004097	Tratamento cirurgico do lagoftalmo
38004100	Reconstrucao de lobulo da orelha
38004135	Plastica mamaria masculina (ginecomastia)
38005050	Reconstrucao do sulco gengivo labial
38005077	Suturas e reparacoes de perda de substancia da mao
38005107	Reconstrucao do polo superior da orelha
38005123	Retracao Cicatricial - Correcao Em Um Estagio
38006057	Reconstrucao parcial do labio
38006073	Retracao cicatricial dos dedos da mao sem comprom tendinoso
38006103	Reconstrucao Total Da Orelha (Multiplos Estagios)
38006111	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois intra digitos)
38007010	Excisao E Sutura Com Plastica Em Z Na Pele
38007070	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois digitos)
38008114	Retracao cicatricial dos dedos do pe sem comprometimento tendinoso
38010097	Reconstrucao total da palpebra
38015013	Exerese de cisto dermoide
38023016	Extirpacao e supressao de lesao da pele e do tecido
38703050	Excisao Em Cunha De Labio E Sutura

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

39001040	Biopsia Do Omoplata
39001105	Amputacao ao nivel dos metacarpianos
39001199	Resseccao cisto sinovial
39001202	Retirada de corpo estranho intra-articular
39001237	Curetagem de tumor osseo com enxertia
39002110	Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral
39002195	Abertura de bainha tendinosa
39002217	Retirada de fio de Kirschner trans-osseo
39003086	Biopsia Do(S) Osso(S) Do Antebraco
39003108	Amputacao do dedo (cada)
39003116	Biopsia Da Articulacao Sacro Iliaca
39003132	Biopsia Do Femur
39003205	Retirada de corpo estranho intra-osseo
39003213	Retirada de parafuso
39004023	Biopsia Do Corpo Vertebral
39004058	Biopsia Da Articulacao Escapulo Umeral
39004066	Biopsia Do Umero
39004090	Biopsia Do Punho
39004180	Miotomia
39004210	Retirada de placa e parafuso
39005100	Artrodese interfalangiana
39005127	Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral
39005143	Biopsia Do Joelho
39005151	Biopsia Do(S) Osso(S) Da Perna
39005186	Resseccao muscular
39005216	Retirada de pino de Steinnan
39005232	Resseccao Simples De Tumor Osseo
39006026	Biopsia Da Lamina Vertebral
39006077	Biopsia Do Cotovelo
39006085	Resseccao Da Apofise Estiloide Do Radio
39006107	Artrodese metacarpo falangiana
39006212	Retirada De Haste
39006239	Resseccao de exostose
39007022	Biopsia Do Pediculo Vertebral
39007162	Biopsia Do Tornozelo
39007197	Exploracao cirurgica de tendao
39008177	Osteotomia do(s) osso(s) do pe
39010074	Resseccao Da Bolsa Sinovial Do Cotovelo (Olecranio)
39010090	Tratamento cirurgico da sindrome do canal carpiano
39010198	Tenoplastia ou enxerto de tendao ao nivel da mao
39011100	Capsulectomia das articulacoes da mao
39011194	Tenoplastia ou enxerto de tendao em outras regiães
39012115	Reducao incruenta da disjuncao ao nivel da pelve
39012123	Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (central)
39012174	Tratamento cirurgico do dedo em martelo
39012190	Tenorrafia
39013111	Reducao incruenta da fratura ao nivel da pelve
39013197	Tenotomia
39014126	Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (traumatica)
39014177	Reducao cirurgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixacao
39014193	Transposicao de tendao
39017168	Reducao incruenta da luxacao do tornozelo
39018105	Reducao Cirurgica De Fratura Das Falanges, Com Fixacao
39018148	Reducao incruenta da fratura do joelho
39019063	Reducao incruenta da fratura da diafise do umero
39019136	Reducao incruenta da fratura da diafise do femur
39019179	Reducao cirurgica da luxacao do(s) metatarsiano(s)
39021106	Tratamento cirurgico do dedo em gatilho
41002040	Biopsia da tireoide
42001021	Biopsia da pleura com agulha
42001030	Traqueoscopia e exerese de papilomas
42001072	Biopsia da mama
42002036	Traqueoscopia e retirada de corpo estranho
42002079	Extirpacao de tumor ou adenoma da mama
42003075	Incisao e drenagem de abscesso da mama
42004047	Broncoscopia e exerese de papilomas
42006074	Extirpacao de mama supranumeraria
44001053	Reducao incruenta da fratura unilateral da mandibula

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

44006055	Reducao Incruenta Da Fratura Do Maxilar Superior - Le Fort I

ANEXO 2 DO ANEXO XXIV

Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS (Origem: PRT MS/GM 3410/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam estabelecidas as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 1º)

Art. 2º As disposições deste Anexo se aplicam a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º)

I - públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, I)

II - privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, II)

III - privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, III)

Art. 3º Os entes federativos formalizarão a relação com os hospitais públicos e privados integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DAS RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO II)

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º)

I - estabelecer requisitos mínimos para os instrumentos formais de contratualização, com vistas à qualidade e segurança na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, I)

II - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, II)

III - estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, III)

IV - acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização e realizar auditorias, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, IV)

V - desenvolver metodologia e sistema informatizado para acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização por meio de indicadores gerais e indicadores das redes temáticas e Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, V)

VI - garantir a manutenção, adequação e aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação em saúde no âmbito da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VI)

VII - realizar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VII)

VIII - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VIII)

IX - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, IX)

X - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, X)

Art. 5º Compete aos entes federativos contratantes: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º)

I - definir a área territorial de abrangência e a população de referência dos hospitais sob sua gestão, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, I)

II - definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sóciodemográficas da região de saúde, conforme pactuação na CIB e na CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, II)

III - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, III)

IV - prever metas e compromissos específicos para a atenção à saúde indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e suas especificidades socioculturais, conforme pactuaçao no âmbito do subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, IV)

V - gerenciar os instrumentos formais de contratualização sob sua gestão, visando à execução das ações e serviços de saúde e demais compromissos contratualizados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, V)

VI - realizar a regulação das ações e serviços de saúde contratualizados, por meio de: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI)

a) estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, a)

b) implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, b)

c) regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, c)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VII - instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VII)

VIII - controlar, avaliar, monitorar e auditar, quando couber, as ações e serviços de saúde contratualizadas, na forma de: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII)

a) dispositivos de autorização prévia dos procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar, salvo em situações em que fluxos sejam definidos "a priori" com autorização "a posteriori"; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, a)

b) monitoramento da produção, avaliando sua compatiblidade com a capacidade operacional e complexidade do hospital e de acordo com o previsto no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, b)

c) monitoramento e avaliação das metas por meio de indicadores qualiquantitativos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, c)

d) monitoramento da execução orçamentária com periodicidade estabelecida no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, d)

IX - alimentar o sistema de informação previsto no art. 4º, V, quando disponibilizado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, IX)

X - apresentar prestação de contas do desempenho dos hospitais contratualizados com formatos e periodicidade definidos, obedecida à legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, X)

XI - realizar investigação de denúncias de cobrança indevida de qualquer ação ou serviço de saúde contratualizado prestada pelo hospital ou profissional de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XI)

XII - cumprir as regras de alimentação e processamentos dos seguintes sistemas: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII)

a) Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, a)

b) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, b)

c) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, c)

d) Sistema Nacional de Agravo de Notificação (SINAN); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, d)

e) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, e)

f) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, f)

g) outros sistemas que venham a ser criados no âmbito da atenção hospitalar no SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, g)

XIII - promover, no que couber, a transferência gradual das atividades de atenção básica realizadas pelos hospitais para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme a pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XIII)

XIV - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das RAS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XIV)

XV - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XV)

XVI - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XVI)

CAPÍTULO III
DAS RESPONSABILIDADES DOS HOSPITAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III)

Art. 6º As responsabilidades dos hospitais, no âmbito da contratualização, se dividem nos seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º)

I - assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, I)

II - gestão; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, II)

III - ensino e pesquisa; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, III)

IV - avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, IV)

Seção I
Do Eixo de Assistência
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 7º Quanto ao eixo de assistência, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º)

I - cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, I)

II - cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, II)

III - utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, III)

IV - manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, IV)

V - realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, V)

VI - assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VI)

VII - implantar e/ou implementar as ações previstas na Seção I do Capítulo VIII do Título I da Portaria de Consolidação nº 5, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

a) implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, a)

b) elaboração de Planos para Segurança do Paciente; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, b)

c) implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, c)

VIII - implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VIII)

IX - garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, IX)

X - garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, X)

XI - garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o art. 23, II; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XI)

XII - promover a visita ampliada para os usuários internados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XII)

XIII - garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações especificas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XIII)

XIV - prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XIV)

XV - disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XV)

XVI - notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XVI)

XVII - disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XVII)

Seção II
Do Eixo de Gestão
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 8º Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º)

I - prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, I)

II - informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, II)

III - garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, III)

IV - disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, IV)

V - dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, V)

VI - dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VI)

VII - garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VII)

VIII - disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VIII)

IX - dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, IX)

X - garantir, em permanente funcionamento e de forma integrada, as Comissões Assessoras Técnicas, conforme a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, X)

XI - divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visivel e de fácil acesso; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XI)

XII - assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XII)

XIII - dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XIII)

XIV - alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XIV)

XV - registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XV)

XVI - disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas de que trata o art. 5º, XII; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XVI)

XVII - participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XVII)

Seção III
Do Eixo de Ensino e Pesquisa
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 9º Quanto ao eixo de ensino e pesquisa, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º)

I - disponibilizar ensino integrado à assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, II)

III - garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, III)

IV - ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com o gestor público de saúde local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, IV)

V - desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor público de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, V)

VI - cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, caso o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino (HE). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, VI)

Seção IV
Do Eixo de Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 10. Quanto ao eixo de avaliação, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10)

I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, I)

II - avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores qualiquantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, II)

III - avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, III)

IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, IV)

V - realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, V)

VI - monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, VI)

Art. 11. Os hospitais contratualizados monitorarão os seguintes indicadores gerais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11)

I - taxa de ocupação de leitos; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, I)

II - tempo médio de permanência para leitos de clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, II)

III - tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, III)

IV - taxa de mortalidade institucional. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, IV)

Art. 12. Os hospitais contratualizados que disponham de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) monitorarão, ainda, os seguintes indicadores: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12)

I - taxa de ocupação de leitos de UTI; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12, I)

II - densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12, II)

Art. 13. Poderão ser criados outros indicadores a serem monitorados, além dos dispostos neste Anexo, através de pactuação entre o gestor público de saúde e os hospitais. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13)

§ 1º Os hospitais que compõem as Redes temáticas de Atenção à Saúde monitorarão e avaliarão todos os compromissos e indicadores previstos nos atos normativos específicos de cada rede e de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde criará ferramenta que viabilize o monitoramento do rol mínimo de indicadores previstos neste Anexo, além dos indicadores das redes temáticas e de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13, § 2º)

CAPÍTULO IV
DO FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 14. Todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital serão informados no instrumento formal de contratualização, com identificação das respectivas fontes, quais sejam, federal, estadual, distrital ou municipal. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. No instrumento formal de contratualização será informado, ainda, o valor estimado relativo às renúncias e isenções fiscais e subvenções de qualquer natureza na hipótese de contratualização com hospitais privados sem fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. Para efeito deste Anexo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15)

I - incentivo financeiro: todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regramentos próprios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, I)

II - orçamentação global: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilha separadamente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, II)

III - orçamentação parcial: a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, III)

IV - valor pós-fixado: todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, IV)

V - valor pré-fixado: a parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado. (Origem: PRT MS/GM

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

3410/2013, Art. 15, V)

Art. 16. Os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos serão financiados, preferencialmente, por orçamentação parcial, de acordo com o perfil assistencial, infraestrutura, recursos humanos e seu papel na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 16)

Art. 17. O valor pré-fixado será composto: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17)

I - pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, I)

II - por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas qualiquantitativas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, II)

§ 1º Integram o componente pré-fixado dos intrumentos formais de contratualização os seguintes incentivos financeiros: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º)

I - ~~Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)~~ Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.925 de 01.11.2017)); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, I)

II - Incentivo de custeio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, II)

III - Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, III)

IV - recursos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, IV)

V - valores referentes ao Fator de Incentivo ao Ensino e Pesquisa (FIDEPS), extinto pela Portaria nº 1.082/GM/MS, de 2005; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, V)

VI - Incentivo de Integração ao SUS (Integrasus); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VI)

VII - outros recursos pré-fixados de fonte estadual ou municipal; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VII)

VIII - outros recursos financeiros pré-fixados que venham a ser instituídos. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VIII)

§ 2º O IGH está regulamentado no Anexo 2-B; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 2º)

Art. 18. A parte pós-fixada será composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 18)

Art. 19. O gestor público de saúde do ente federativo contratante poderá definir valores adicionais às partes pré-fixada e pós-fixada, caso tenho capacidade de financiamento com fonte própria. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 19)

Art. 20. Quando acordado entre as partes, a contratualização poderá ser feita no modelo de orçamentação global, sendo que o repasse dos recursos será condicionado ao cumprimento das metas e compromissos formalizados, monitorados e avaliados periodicamente e que será calculada levando em consideração: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20)

I - a infraestrutura tecnológica (porte, equipamentos e serviços); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, I)

II - o perfil assistencial; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, II)

III - a capacidade e produção de serviços (recursos humanos e desempenho de produção); e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, III)

IV - o custo regional de materiais e serviços. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, IV)

CAPÍTULO V
DA CONTRATUALIZAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V)

Seção I
Do Instrumento Formal de Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção I)

Art. 21. A contratualização será formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 21)

Parágrafo Único. Para fins da contratualização hospitalar, recomenda-se que todos os intrumentos formais de contratualização que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento sejam celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado contratante, mesmo havendo a oferta e cofianciamento de ações e serviços por outro ente federado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. O instrumento formal de contratualização será composto por duas partes indissociáveis: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22)

I - o termo do instrumento formal de contratualização propriamente dito, respeitadas as legislações pertinentes, especialmente quanto aos prazos de vigência; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22, I)

II - o Documento Descritivo de que trata a Seção II do Capítulo V. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22, II)

Art. 23. O instrumento formal de contratualização conterá, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23)

I - as responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, I)

II - as responsabilidades da União, Estado, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, II)

III - os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, III)

IV - as sanções e penalidades conforme legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, IV)

V - a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, V)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VI - o Documento Descritivo, contendo as metas qualiquantitativas e indicadores de monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, VI)

Art. 24. A contratualização poderá ser firmada, dentre outros, pelos seguintes instrumentos: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24)

I - Convênio: firmado entre o gestor do SUS com entidades beneficentes sem fins lucrativos, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010, e com Empresas e Fundações Públicas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, I)

II - Contrato Administrativo: firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto de contrato for compra de ações e serviços de saúde, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 2010; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, II)

III - Contrato de Gestão: firmado entre gestores do SUS e a entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OS), conforme Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, III)

IV - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP): é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando estabelecimentos públicos de saúde situados no território de um Município estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, conforme o Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, IV)

V - Termo de Parceria: instrumento firmado entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), conforme a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, V)

VI - Termo de Compromisso ou Contrato de Gestão: firmado entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gerência e gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, VI)

§ 1º As regras do PCEP não se aplicam aos hospitais universitários federais, conforme o Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, § 1º)

§ 2º As alterações no instrumento de contratualização dar-se-ão mediante assinatura das partes em termos próprios (Termo Aditivo, Apostilamento ou outros) e publicação em Diário Oficial pelo gestor contratante, conforme normativa de cada esfera de Governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, § 2º)

Seção II
Do Documento Descritivo
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção II)

Art. 25. O Documento Descritivo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa de acordo com o estabelecido neste Anexo, acrescido das especificidades locais e anexo ao termo do instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 25)

Art. 26. O Documento Descritivo conterá, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26)

I - a definição de todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, I)

II - a definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, II)

III - a definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, III)

IV - a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, IV)

V - a definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, V)

VI - a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme modelo Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV . (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, VI)

Art. 27. O Documento Descritivo terá validade máxima de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado após o período de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo quando acordado entre as partes. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 27)

Parágrafo Único. As alterações do Documento Descritivo serão objeto de publicação oficial. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 27, Parágrafo Único)

Seção III
Do Repasse dos Recursos Financeiros
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção III)

Art. 28. O repasse dos recursos financeiros pelos entes federativos aos hospitais contratualizados será realizado de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos específicos e no instrumento de contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28)

§ 1º O valor pré-fixado dos recursos de que trata o "caput" serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º)

I - 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º, I)

II - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º, II)

§ 2º Os percentuais de que tratam os incisos I e II poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 2º)

§ 3º O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 3º)

Art. 29. O hospital que não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 29)

Art. 30. O hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 30)

Art. 31. Os incentivos de fonte federal serão repassados de forma regular aos hospitais, de acordo com normas específicas de cada incentivo, previstas no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31)

§ 1º A variação ou suspensão dos valores dos repasses dos incentivos federais deverão constar em cláusula contratual de acordo com percentuais estabelecidos no art. 28, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31, § 1º)

§ 2º Salvo em caso de descumprimento de cláusulas contratuais, o não repasse dos valores dos incentivos federais ao prestador incorrerá na suspensão prevista no art. 1152, II da Portaria de Consolidação nº 6, ou no art. 304 da Portaria de Consolidação nº 6, conforme o caso. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31, § 2º)

Seção IV
Da Comissão de Acompanhamento da Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção IV)

Art. 32. Será instituída pelo ente federativo contratante a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que será composta, no mínimo, por 1 (um) representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32)

§ 1º A Comissão de que trata o "caput" monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º)

I - avaliar o cumprimento das metas qualiquantitativas e físico-financeiras; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, I)

II - avaliar a capacidade instalada; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, II)

III - readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, III)

§ 2º A composição da Comissão de que tata o "caput" será objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo contratante ou publicação equivalente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 2º)

CAPÍTULO VI
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 33. Caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33)

Parágrafo Único. O monitoramento e avaliação poderão ser executados por meio de sistemas de informações oficiais e visitas "in loco". (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33, Parágrafo Único)

Art. 34. Caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros de que trata este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 34)

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO VII)

Art. 35. A regulamentação dos processos de contratualização dos hospitais públicos e privados com fins lucrativos com menos de 50 (cinquenta) leitos operacionais e dos hospitais sem fins lucrativos com menos de 30 (trinta) leitos operacionais serão objeto de atos normativos específicos do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 35)

Parágrafo Único. As contratualizações ocorridas antes da publicação dos atos normativos específicos de que trata o "caput" deverão ocorrer em consonância com os princípios e diretrizes da PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 35, Parágrafo Único)

Art. 36. O Ministério da Saúde desenvolverá e implementará sistema de monitoramento para contratualização dos hospitais integrantes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 36)

Art. 37. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicará no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, em até 30 (trinta) dias contado da publicação da Portaria nº 3410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, documento instrutivo sobre a gestão dos incentivos das Redes Temáticas Assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 37)

Art. 38. Os gestores do SUS deverão firmar os instrumentos formais de contratualização com os hospitais sob sua gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 38)

ANEXO A DO ANEXO 2 DO ANEXO XXIV
Programação orçamentária a constar de Documento descritivo (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Anexo 1)

Programação Orçamentária		
Pós-Fixado	Mensal R$	Anual R$
Alta Complexidade		
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC		
Subtotal		
Pré-Fixado	Mensal R$	Anual R$
Média da Produção de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Série Histórica definida em Portaria específica)		
~~Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)~~ Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) (Redação dada pela PRT GM/MS n° 2.925 de 01.11.2017)		
Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)		
INTEGRASUS		
FIDEPS		
Incentivo financeiro 100% SUS Portaria nº 929/GM/MS de 10 de maio de 2012.		
Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais - REHUF		
Recursos Financeiros de fonte Municipal (citar objeto ou programa)		

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Recursos Financeiros de fonte do Estadual ou Distrito Federal (citar objeto ou programa)		
Incentivo Redes Temáticas de Atenção à Saúde (citar rede)		
Outras fontes de Recursos Financeiros (citar a fonte)		
Subtotal		
Total		

ANEXO XXV

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Origem: PRT MS/GM 971/2006)

Art. 1º Fica aprovada, na forma do Anexo 1 do Anexo XXV , a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 1º)

Parágrafo Único. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devem promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXV

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1. INTRODUÇÃO

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” reafirma o desenvolvimento desses princípios.

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciou-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

Alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política:

- 1985 - celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede publica de saúde;

- 1986 - 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida";

- 1988 - resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;

- 1995 - instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; - 1996 - 10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”;

- 1999 - inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999);

- 2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde que recomenda “incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia”;

- 2001 - 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;

- 2003 - constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS (atual PNPIC);

- 2003 - Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;

- 2003 - Relatório Final da 12ª CNS que delibera pela efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual Práticas Integrativas e Complementares).

- 2004 - 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde à MNPC (atual Práticas Integrativas e Complementares) que foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e

- 2005 - Relatório Final do Seminário "Águas Minerais do Brasil", em outubro, que indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.

Levantamento realizado junto a Estados e municípios em 2004, mostrou a estruturação de algumas dessas práticas contempladas na política em 26 Estados, num total de 19 capitais e 232 municípios.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Esta política, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS.

1.1. MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Achados arqueológicos permitem supor que essa fonte de conhecimento remonta há pelo menos 3000 anos. A denominação chinesa zhen jiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII, resultando no vocábulo acupuntura (derivado das palavras latinas acus, agulha, e punctio, punção). O efeito terapêutico da estimulação de zonas neurorreativas ou “pontos de acupuntura” foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa.

No ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea, e graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do oriente como do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas científicas. Admite-se, atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras.

A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas unidades federadas.

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Sistema Único de Saúde a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na Região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema).

De acordo com o diagnóstico da inserção da MNPC nos serviços prestados pelo SUS e os dados do SIA/SUS, verifica-se que a acupuntura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

1.2. HOMEOPATIA

A homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução nº 622).

A partir da década de 80, alguns Estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, pela Resolução nº 4/88, a Ciplan fixou normas para atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em homeopatia.

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão, foi ampliada a oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia que, desde sua inserção como procedimento na tabela do SIA/SUS, vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003, o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da Federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas.

Está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação. Conta ainda com a formação do médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Embora venha ocorrendo aumento da oferta de serviços, a assistência farmacêutica em homeopatia não acompanha essa tendência. Conforme levantamento da AMHB, realizado em 2000, apenas 30% dos serviços de homeopatia da rede SUS forneciam medicamento homeopático. Dados do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelam que apenas 9,6% dos municípios que informaram ofertar serviços de homeopatia possuem farmácia pública de manipulação.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A implementação da homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

- recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde;

- fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;

- atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; e

- contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência;

Em 2004, com o objetivo de estabelecer processo participativo de discussão das diretrizes gerais da homeopatia, que serviram de subsídio à formulação da presente Política Nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado “A Homeopatia que queremos implantar no SUS”. Reuniu profissionais; Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Usuários de Homeopatia no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI), entidade médica homeopática internacional, e representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA).

1.3. PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados, enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público, entre os quais se destacam:

- a Resolução Ciplan nº 8/88, que regulamenta a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas a sua prática nas unidades assistenciais médicas;

- o Relatório da 10a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que aponta no item 286.12: "incorporar no SUS, em todo o País, as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares" e, no item 351.10: “o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares”;

- a Portaria nº 3916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, a qual estabelece, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento científico e tecnológico: "...deverá ser continuado e expandido o apoio às pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas”;

- o Relatório do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado em 2003, que entre as suas recomendações, contempla: “integrar no Sistema Único de Saúde o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos”;

- o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que aponta a necessidade de se “investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica”.

- a Resolução nº 338/04, do Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual contempla, em seus eixos estratégicos, a “definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País”;

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, verificou-se, em todos os municípios brasileiros, que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

No âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos tendo em conta, em especial, a intersetorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Ambas as iniciativas aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

1.4. TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O campo sofreu considerável redução de sua produção científica e divulgação com as mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo, após o término da segunda guerra mundial.

A partir da década de 90, a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde.

Países europeus como Espanha, França, Itália, Alemanha, Hungria e outros adotam desde o início do século XX o Termalismo Social como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados, objetivando proporcionar a essa população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar seja para sua saúde, assim como preservá-la.

O termalismo, contemplado nas resoluções CIPLAN de 1988, manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 7 de outubro de 2004, é um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, de fiscalização, de controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.

2. OBJETIVOS

2.1 Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

2.2 Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

2.3 Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

2.4 Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

3. DIRETRIZES

3.1. Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante:

- incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;

- desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;

- implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;

- estabelecimento de mecanismos de financiamento;

- elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e

- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde.

3.2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

3.3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional:

- Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares que atuem na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

- Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral. - Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na agenda de atividades da comunicação social do SUS.

- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares.

3.4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

3.5. Fortalecimento da participação social.

3.6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária.

- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos. - Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

- Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

- Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.

3.7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações.

3.8. Incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

3.9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão.

3.10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde. - Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as Práticas Integrativas e Complementares esteja integrada ao serviço público de saúde.

3.11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES

4.1. NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz MTCA

1 Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica.

1. NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Deverão ser priorizados mecanismos que garantam a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF.

Além disso, será função precípua desse profissional

- atuar de forma integrada e planejada de acordo com as atividades prioritárias da estratégia Saúde da Família;

- identificar, em conjunto com as equipes da atenção básica (ESF e equipes de unidades básicas de saúde) e a população, a(s) prática(s) a ser(em) adotada(s) em determinada área;

- trabalhar na construção coletiva de ações que se integrem a outras políticas sociais (intersetorialidade);

- avaliar, em conjunto com a equipe de saúde da família/atenção básica, o impacto na situação de saúde do desenvolvimento e implementação dessa nova prática, mediante indicadores previamente estabelecidos; - atuar na especialidade com resolubilidade;

- trabalhar utilizando o sistema de referência/contra-referência num processo educativo; e

- discutir clinicamente os casos em reuniões tanto do núcleo quanto das equipes adscritas.

2. Centros especializados

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade deverão participar do sistema referência/contra-referência, atuando de forma resolutiva no processo de educação permanente.

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos na rede hospitalar do SUS.

Para toda inserção de profissionais que exerçam a acupuntura no SUS será necessário o título de especialista.

Deverão ser elaboradas normas técnicas e operacionais compatíveis com a implantação e o desenvolvimento dessas práticas no SUS.

Diretriz MTCA 2

Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante os princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS.

1. Incentivo à capacitação para que a equipe de saúde desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde - individuais e coletivas - na lógica da MTC, uma vez que essa capacitação deverá envolver conceitos básicos da MTC e práticas corporais e meditativas. Exemplo: Tuí-Na, Tai Chi Chuan, Lian Gong. Chi Gong, e outros que compõem a atenção à saúde na MTC.

2. Incentivo à formação de banco de dados relativos a escolas formadoras.

3. Articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/acupuntura nos cursos de graduação e pós-graduação para as profissões da saúde.

Diretriz MTCA 3

Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS.

1. Para usuários Divulgação das possibilidades terapêuticas; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais, além de ênfase no aspecto de prevenção de agravos e promoção das práticas corporais.

2. Para profissionais Divulgação dos usos e possibilidades, necessidade de capacitação específica, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais e papel do profissional no Sistema.

3 Para gestores Usos e possibilidades terapêuticas, necessidade de investimento em capacitação específica de profissionais, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais; possível redução de custos e incentivos federais para tal investimento.

Diretriz MTCA 4

Garantia do acesso aos insumos estratégicos para MTC/Acupuntura na perspectiva da garantia da qualidade e seguranças das ações.

1. Estabelecimento de normas relativas aos insumos necessários para a prática da MTC/acupuntura com qualidade e segurança: agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados; moxa (carvão e/ou artemísia); esfera vegetal para acupuntura auricular; esfera metálica para acupuntura auricular; copos de ventosa; equipamento para eletroacupuntura; mapas de pontos de acupuntura.

2. Elaboração de Banco Nacional de Preços para esses produtos.

Diretriz MTCA 5

Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MTC/acupuntura.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Para o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação, deverão ser criados códigos de procedimentos, indicados a seguir, para que os indicadores possam ser compostos.

Serão contemplados para a criação dos códigos SAI/SUS para registro e financiamento dos procedimentos de acupuntura as categorias profissionais regulamentadas.

1. Inserção de códigos de procedimentos para informação e financiamento

- Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas agulhamento seco em zonas neurorreativas de acupuntura (pontos de acupuntura)

Sessão de Acupuntura - outros procedimentos:

a) aplicação de ventosas - consiste em aplicar recipiente de vidro ou plástico, onde se gera vácuo, com a finalidade de estimular zonas neurorreativas (pontos de acupuntura);

b) eletroestimulação - consiste em aplicar estímulos elétricos determinados, de freqüência variável de 1 a 1000 Hz, de baixa voltagem e baixa amperagem em zonas neurorreativas (pontos de acupuntura); e

c) aplicação de laser de baixa potência em acupuntura - consiste em aplicar um estímulo produzido por emissor de laser de baixa potência (5 a 40 mW), em zona neurorreativa de acupuntura

1.1 Inserção nos códigos 04.011.03-1; 04.011.02-1; 0702101- 1; 0702102-0, já existentes na tabela SIA/SUS, dos profissionais faltantes - para registro das ações de promoção da saúde em MTC/acupuntura.

2. Criação de códigos para registro de práticas corporais

Considerando que a MTC contempla em suas atividades de atenção à saúde práticas corporais, deverão ser criados códigos específicos para as práticas corporais no SUS para registro da informação:

- práticas corporais desenvolvidas em grupo na unidade, a exemplo do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, do Chi Gong, automassagem;

- práticas corporais desenvolvidas em grupo na comunidade, a exemplo do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, do Chi gong; automassagem;

- práticas corporais individuais, a exemplo do Tuí-Na, da meditação, do Chi Gong; automassagem.

3. Avaliação dos serviços oferecidos

Estabelecimento de critérios para o acompanhamento da implementação e implantação da MTC/acupuntura, tais como: cobertura de consultas em acupuntura; taxa de procedimentos relacionados com a MTC/acupuntura; taxa de ações educativas relacionadas com a MTC/acupuntura; taxa de procedimentos relativos às práticas corporais - MTC/acupuntura, entre outros.

4. Acompanhamento da ação dos Estados no apoio à implantação desta Política Nacional.

Diretriz MTCA 6

Integração das ações da MTC/acupuntura com políticas de saúde afins. Para tanto, deverá ser estabelecida integração com todas as áreas do MS, visando à construção de parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

Diretriz MTCA 7

Incentivo à pesquisa com vistas a subsidiar a MTC/acupuntura no SUS como nicho estratégico da política de pesquisa no Sistema.

1. Incentivo a linhas de pesquisa em MTC/acupuntura que:

- aprimorem sua prática e avaliem sua efetividade, segurança e aspectos econômicos, num contexto pragmático, associado ou não a outros procedimentos e práticas complementares de saúde; experiências bem sucedidas (serviços e municípios);

- identifiquem técnicas e condutas mais eficazes, efetivas, seguras e eficientes para a resolução de problemas de saúde de uma dada população;

- apontem estratégias para otimização da efetividade do tratamento pela acupuntura e práticas complementares; e

- estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, educação permanente e pesquisa com países onde a MTC/acupuntura esteja integrada ao serviço público de saúde.

Deverá ser observado, para o caso de pesquisas clínicas, o desenvolvimento de estudos que sigam as normas da CONEP/CNS.

Diretriz MTCA 8

Garantia de financiamento para as ações da MTC/acupuntura.

Para viabilizar o financiamento do modelo de atenção proposto, deverão ser adotadas medidas relativas:

- à inserção dos códigos de procedimentos com o objetivo de ampliar as informações sobre a MTC/ acupuntura no Sistema e promover o financiamento das intervenções realizadas;

- à garantia de um financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Consideração: deverá ser realizada avaliação trimestral do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

4.2. NA HOMEOPATIA

Premissa: desenvolvimento da Homeopatia em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz H 1 Incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. garantir as condições essenciais à boa prática em homeopatia, considerando suas peculiaridades técnicas, Infra-estrutura física adequada e insumos,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

2. apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção básica, obedecendo aos seguintes critérios:; - priorizar mecanismos que garantam a inserção da atenção homeopática dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF; - na unidade de atenção básica prestar atendimento, de acordo com a demanda espontânea ou referenciada, aos usuários em todas as faixas etárias; - no caso da unidade do Saúde da Família (SF) possuir um profissional homeopata como médico do Saúde da Família, a ele deve ser oportunizada a prática da homeopatia, sem prejuízo das atribuições pertinentes ao profissional da estratégia de saúde da família;

3. apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção especializada: - nos ambulatórios de especialidades ou nos centros de referência, prestar atendimento, de acordo com a demanda, aos usuários em todas as faixas etárias e prestar apoio técnico aos demais serviços da rede local; - em emergências, unidades de terapia intensiva, centros de cuidados paliativos ou em enfermarias hospitalares a homeopatia pode ser incorporada de forma complementar e contribuir para a maior resolubilidade da atenção;

4. estabelecer critérios técnicos de organização e funcionamento da atenção homeopática em todos os níveis de complexidade, de modo a garantir a oferta de serviços seguros, efetivos e de qualidade, avaliando as iniciativas já existentes nas unidades federadas e com a participação das sociedades cientificas homeopáticas reconhecidas;

5. estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações relativas às experiências no campo da atenção homeopática com países onde a homeopatia esteja integrada ao serviço público de saúde.

Diretriz H 2

Garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas. Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. criar mecanismos de financiamento que garantam o acesso aos insumos inerentes à prática da homeopatia:

- repertório homeopático e matéria médica homeopática em forma impressa e em software;

2. criar incentivo para a garantia de acesso a medicamentos homeopáticos na perspectiva de:

- incentivo a implantação e/ou à adequação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, com possibilidade de ampliação para fitoterápicos, que atendam a demanda e à realidade loco-regional, segundo critérios estabelecidos, e em conformidade com a legislação vigente;

- estíimulo à implantação de projetos para produção de matrizes homeopáticas nos laboratórios oficiais visando ano fornecimento às farmácias de manipulação de medicamentos homeopáticos locais ou regionais;

3 - garantir mecanismos de financiamento para projetos e programas de formação e educação permanente, que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, mediante demanda loco-regional e pactuação nos Pólos de Educação Permanente em Saúde;

4 - para a estruturação física dos serviços o Ministério da Saúde dispõe anualmente de financiamento federal por meio de convênios a partir de projetos apresentados ao Fundo Nacional de Saúde, cabendo também aos Estados e aos municípios o co-financiamento para a estruturação dos serviços de atenção homeopática;

5 - garantir financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da homeopatia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular.

Consideração: deverá ser realizada avaliação periódica do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

Diretriz H 3

Provimento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. inclusão da homeopatia na política de Assistência Farmacêutica das três esferas de gestão SUS;

2. contemplar, na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de homeopáticos que atendam as necessidades do SUS nesta área;

3. ampliar a oferta de medicamentos homeopáticos, por intermédio de farmácias publicas de manipulação que atendam à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área e com ênfase na assistência farmacêutica;

- criar incentivo voltado à implantação ou à melhoria de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos (possibilidade de ampliação para fitoterápicos), com contrapartida do município e/ou do Estado para sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos

- elaboração de Banco Nacional de Preços para os materiais de consumo necessários ao funcionamento da farmácia de manipulação para dar suporte ao processo de licitação realizado pelos Estados e municípios;

4. incentivar a produção pelos laboratórios oficiais de: - matrizes homeopáticas visando ao seu fornecimento às farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, estimulando parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e baseando-se na lista de policrestos e semipolicrestos definida pela Farmacotécnica Homeopática Brasileira - 2ª edição de 1997; - medicamentos homeopáticos pelos laboratórios oficiais, objetivando seu fornecimento aos Estados e aos municípios e segundo estudos de viabilidade econômica;

5. induzir e apoiar a iniciativa local na identificação dos medicamentos - formas farmacêuticas, escalas, dinamizações e métodos empregados - necessários e mais utilizados nos serviços de homeopatia já existentes, elaborando, a partir, uma relação de orientação para a produção dos medicamentos e para as unidades de saúde, sujeita à revisão periódica e atendendo à realidade local;

Diretriz H 4

Apoio a projetos de formação e de educação permanente, promovendo a qualidade técnica dos profissionais e consoante com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente. Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. promover a discussão da homeopatia na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, por intermédio das instituições formadoras da área, dos usuários e dos profissionais de saúde homeopatas, visando à qualificação dos profissionais no SUS; - articular, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente em Saúde no SUS, a realização de diagnóstico acerca das dificuldades e das limitações atuais na prática clínica homeopática, no que se refere à formação e à necessidade de educação permanente dos profissionais homeopatas que atuam nos diversos níveis de complexidade do SUS, da atenção básica à atenção especializada;

2. Prover apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento de projetos e programas de formação e educação permanente que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, considerando: - a adoção de metodologias e formatos adequados às necessidades e às viabilidades locais e/ou loco-

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

regionais, incluindo o ensino a distância e a formação em serviço; - a pactuação de ações e iniciativas no campo da Educação Permanente em Saúde e que atenda à demanda loco-regional;

3. elaborar material informativo com o objetivo de apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente dos profissionais homeopatas, observando: os princípios e diretrizes do SUS; as recomendações da Política de Educação Permanente; os critérios estabelecidos pelas instituições homeopáticas de representação nacional, em termos das habilidades e competências dos profissionais homeopatas; e as diretrizes desta política;

4. apoiar técnica e financeiramente a estruturação física da homeopatia nos centros de referência, com atribuições: na implementação de atividades de ensino em serviço (estágios, formação e educação permanente); no desenvolvimento de pesquisas em homeopatia de interesse para o SUS; na integração de atividades de assistência, ensino e pesquisa, em articulação com princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS;

5. promover a inclusão da racionalidade homeopática nos cursos de graduação e pós-graduação strictu e lato sensu para profissionais da área de saúde;

6. promover a discussão sobre a homeopatia no processo de modificação do ensino de graduação;

7. fomentar e apoiar junto ao Ministério da Educação projetos de residência em homeopatia;

8. fomentar e apoiar iniciativas de criação e manutenção de Fórum Virtual Permanente, permitindo um espaço de discussão acerca da formação/episteme homeopática e modelo de atenção, de modo a tornar disponíveis produções, experiências e documentos visando à implementação da atenção homeopática no SUS;

9. apoiar a realização de fóruns de homeopatia nas três esferas de governo, objetivando a discussão e a avaliação da implantação e implementação da homeopatia no SUS;

10. estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, da educação permanente e da pesquisa com países onde a homeopatia esteja integrada ao serviço público de saúde.

Diretriz H5

Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. desenvolver instrumentos adequados de acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS, com ênfase no acompanhamento e na avaliação das dificuldades de inserção identificadas e sua superação; e na criação de mecanismos para coleta de dados que possibilitem estudos e pesquisas e que sirvam como instrumentos no processo de gestão;

2. acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS;

3. incluir no sistema de informação do SUS os procedimentos em homeopatia referente a atividade de educação e saúde na atenção básica para os profissionais de saúde de nível superior;

4. identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação Homeopática no cadastro de estabelecimentos de saúde

Diretriz H 6

Socializar informações sobre a homeopatia e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. incluir a homeopatia na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

2. produzir materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação da homeopatia, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, dos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e aos discentes da área de saúde e comunidade em geral;

3. apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre homeopatia em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;

4. identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em homeopatia;

5. prover apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em homeopatia, considerando a pactuação de ações e iniciativas de Educação Permanente em Saúde no SUS.

Diretriz H 7

Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção homeopática no SUS.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. incluir a homeopatia nas linhas de pesquisa do SUS;

2. identificar e estabelecer rede de apoio, em parceria com instituições formadoras, associativas e representativas da homeopatia, universidades, faculdades e outros órgãos dos governos federal, estaduais e municipais, visando: - ao fomento à pesquisa em homeopatia; - à identificação de estudos e pesquisas relativos à homeopatia existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações; - criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em homeopatia realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

3. identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em homeopatia;

4. apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre homeopatia;

5. priorizar as linhas de pesquisas em homeopatia a serem implementadas pelo SUS, em especial aquelas que contemplem a avaliação da eficácia, da eficiência e da efetividade da homeopatia, visando ao aprimoramento e à consolidação da atenção homeopática no SUS;

6. apoiar a criação e a implantação de protocolos para avaliação de efetividade, resolubilidade, eficiência e eficácia da ação da homeopatia nas endemias e epidemias;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

7. acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS.

4.3. NAS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

Diretriz PMF 1

Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. realizar diagnóstico situacional das plantas medicinais e fitoterápicos utilizados em programas estaduais, municipais e outros relacionados ao tema;

2. estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e fitoterápicos nas Relações Nacionais, baseados nos conceitos de eficácia e segurança;

3. identificar as necessidades da maioria da população, a partir de dados epidemiológicos das doenças passíveis de serem tratadas com plantas medicinais e fitoterápicos;

4. elaborar monografias padronizadas das plantas medicinais e fitoterápicos constantes nas Relações.

Diretriz PMF 2

Provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. tornar disponíveis plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas unidades de saúde, de forma complementar, seja na estratégia de saúde da família, seja no modelo tradicional ou nas unidades de média e alta complexidade, utilizando um ou mais dos seguintes produtos: planta medicinal “in natura”, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado.

1.1. Quando a opção for pelo fornecimento da planta medicinal “in natura”, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais;

- fornecimento do memento referente às espécies utilizadas;

- utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, do solo e da água;

- implantação e manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais e/ou estimulando hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas.

1.2. Quando a opção for pelo fornecimento da planta seca (droga vegetal), deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais;

- fornecimento do memento referente às espécies utilizadas;

- utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, do solo e da água;

- obtenção da matéria-prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, de cooperativas, de associações de produtores, de extrativismo sustentável ou de outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

- oferta de local adequado para o armazenamento das drogas vegetais.

1.3. Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico manipulado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento do fitoterápico manipulado conforme memento associado à Relação Nacional de Plantas Medicinais e à legislação pertinente para atender as necessidades do SUS nesta área;

- utilização de matéria-prima vegetal, processada de acordo com às boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, de cooperativas, de associações de produtores, extrativismo sustentável ou de outros, com alvará ou licença de órgãos competente para tal;

- utilização dos derivados de matéria-prima vegetal, processados de acordo com as boas praticas de fabricação, oriundos de fornecedores com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

- ampliação da oferta de fitoterápicos, por intermédio de farmácias públicas com manipulação de fitoterápicos, que atenda à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área;

- elaboração de monografias sobre produtos oficinais (fitoterápicos) que poderão ser incluídos na farmacopéia brasileira;

- contemplar, na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de fitoterápicos que atendam às necessidades do SUS nesta área.

1.4. Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico industrializado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento do produto conforme a Relação Nacional de Fitoterápicos;

- estímulo à produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais;

- fornecimento de fitoterápicos que atendam a legislação vigente;

- aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços municipais de assistência farmacêutica.

Diretriz PMF 3

Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. definir localmente, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS, a formação e educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia para os profissionais que

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

atuam nos serviços de saúde. A educação permanente de pessoas e equipes para o trabalho com plantas medicinais e fitoterápicos, dar-se-á nos níveis:

1.1. básico interdisciplinar comum a toda a equipe: contextualizando as Práticas Integrativas e Complementares, contemplando os cuidados gerais com as plantas medicinais e fitoterápicos.

1.2. específico para profissionais de saúde de nível universitário: detalhando os aspectos relacionados à manipulação, do uso e à prescrição das plantas medicinais e fitoterápicos.

1.3. específico para profissionais da área agronômica: detalhando os aspectos relacionados à cadeia produtiva de plantas medicinais.

2. estimular a elaboração de material didático e informativo visando apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente.

3. estimular estágios nos serviços de fitoterapia aos profissionais das equipes de saúde e aos estudantes dos cursos técnicos e de graduação.

4. estimular as universidades a inserir, nos cursos de graduação e pós-graduação envolvidos na área, disciplinas com conteúdo voltado às plantas medicinais e fitoterapia.

Diretriz PMF 4

Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. desenvolver instrumentos de acompanhamento e avaliação;

2. monitorar as ações de implantação e implementação por meio dos dados gerados;

3. propor medidas de adequação das ações, subsidiando as decisões dos gestores a partir dos dados coletados;

4. identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos no cadastro de estabelecimentos de saúde.

Diretriz PMF 5

Fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. resgatar e valorizar o conhecimento tradicional e promover a troca de informações entre grupos de usuários, detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos;

2. estimular a participação de movimentos sociais com conhecimento do uso tradicional de plantas medicinais nos Conselhos de Saúde;

3. incluir os atores sociais na implantação e na implementação desta Política Nacional no SUS;

4. ampliar a discussão sobre a importância da preservação ambiental na cadeia produtiva;

5. estimular a participação popular na criação de hortos de espécies medicinais como apoio ao trabalho com a população, com vistas à geração de emprego e renda.

Diretriz PMF 6

Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. para a obtenção de plantas in natura - planejar, a partir da articulação entre as esferas de competência a implantação e a manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais ou hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas;

2. para a obtenção de plantas secas - planejar, a partir da articulação entre as esferas de competência, a obtenção de matéria prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, cooperativas, associações de produtores, extrativismo sustentável ou outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

3. para a obtenção de fitoterápico manipulado - criar incentivo voltado à implantação ou à melhoria das farmácias públicas de manipulação de fitoterápicos, com possibilidade de ampliação para homeopáticos, com contrapartida do município e/ou do estado para sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos e legislação pertinente para atender às necessidades do SUS nesta área;

4. para a obtenção de fitoterápico industrializado - incentivar a produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais, assim como criar incentivo para aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços de assistência farmacêutica;

5. para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da fitoterapia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional - garantir financiamento específico.

Diretriz PMF 7

Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do País. Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. garantir linhas de financiamento nos Ministérios da Saúde, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, do Meio Ambiente, da Ciência e Tecnologia, nas Fundações de Amparo à Pesquisa, na Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/Opas), para pesquisas sobre os itens da Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e para estímulo à produção nacional, visando assegurar o fornecimento regular ao mercado interno;

2. incorporar à Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização para o SUS na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa e Saúde;

3. estimular linhas de pesquisa em fitoterapia nos cursos de pós-graduação strictu sensu junto às universidades e aos institutos de pesquisa;

4. incentivar a realização e a aplicação de protocolos para o desenvolvimento de pesquisa em fitoterapia, relacionada aos aspectos epidemiológicos, clínicos e da assistência farmacêutica;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

5. promover pesquisa e desenvolvimento tecnológico, com base no uso tradicional das plantas medicinais, priorizando as necessidades epidemiológicas da população, com ênfase nas espécies nativas e naquelas que estão sendo utilizadas no setor público e nas organizações dos movimentos sociais;

6. garantir recursos para apoio e desenvolvimento de centros de pesquisas clínicas na área da fitoterapia;

7. incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia;

8. - implantar bancos de dados dos programas de fitoterapia, das instituições de pesquisas, dos pesquisadores e dos resultados de pesquisas com plantas medicinais e fitoterápicos.

Diretriz PMF 8

Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS. Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. divulgar as Relações Nacionais de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos;

2. garantir o suporte técnico em todas as etapas de implantação e implementação da fitoterapia;

3. envolver os gestores do SUS no desenvolvimento das ações de comunicação e divulgação, oferecendo os meios necessários (conteúdos, financiamento e metodologias, entre outros);

4. desenvolver campanhas educativas buscando a participação dos profissionais de saúde com vistas ao uso racional;

5. desenvolver ações de informação e divulgação aos usuários do SUS, por meio de cartazes, cartilhas, folhetos, vídeos, entre outros, respeitando as especificidades regionais e culturais do País;

6. incluir a fitoterapia na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

7. desenvolver ações de farmacoepidemiologia e farmacovigilância;

8. identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em fitoterapia.

Diretriz PMF 9

Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. financiamento aos laboratórios oficiais de controle de qualidade;

2. implantação/inserção de sistema de informação sobre o uso, os efeitos e a qualidade destes medicamentos;

3. formação dos profissionais de Vigilância Sanitária para o monitoramento da qualidade destes medicamentos;

4. apoio aos serviços de vigilância sanitária para o desempenho neste campo.

4.4. NO TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

Diretriz TSC 1

Incentivo à criação de Observatórios de Saúde onde atualmente são desenvolvidas experiências em Termalismo Social, no âmbito do SUS

Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão:

1. instituir, mediante termos de cooperação técnica bipartite ou tripartite, observatório das experiências consolidadas no termalismo social, acompanhando sua inserção no SUS local;

2. desenvolver ações de acompanhamento e avaliação das práticas de termalismo/crenoterapia desenvolvidas nos serviços;

3. apoiar as iniciativas de divulgação e capacitação para ações referentes ao termalismo social/crenoterapia no SUS;

4. estimular a interlocução entre as esferas de governo e a sociedade civil visando à implantação de Projetos Piloto de termalismo nos Estados e nos municípios que possuem fontes de água mineral com potencial terapêutico;

5. estimular as esferas governamentais para realização de análises físico-químicas periódicas das águas minerais;

6. apoiar estudos e pesquisas sobre a utilização terapêutica das águas minerais;

7. Elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios de Saúde.

5. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

5.1. GESTOR FEDERAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Estimular pesquisas nas áreas de interesse, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para as Práticas Integrativas e Complementares.

- Estabelecer diretrizes para a educação permanente em Práticas Integrativas e Complementares.

- Manter articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional.

- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

- Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Garantir a especificidade da assistência farmacêutica em homeopatia e fitoterapia para o SUS na regulamentação sanitária.

- Elaborar e revisar periodicamente a Relação Nacional de Plantas Medicinais, a Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e a Relação Nacional de Fitoterápicos (esta última, segundo os critérios da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/Rename).

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

- Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas Relações Nacionais.

- Elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS.

- Elaborar mementos associados à Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos.

- Estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS.

- Fortalecer o Sistema de Farmacovigilância Nacional, incluindo ações relacionadas às plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

- Implantar um banco de dados dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, das instituições de ensino e pesquisa, assim como de pesquisadores e resultados das pesquisas cientificas em Práticas Integrativas e Complementares.

- Criação de Banco Nacional de Preços para os insumos das Práticas Integrativas e Complementares pertinentes, para orientação aos estados e aos municípios.

5.2. GESTOR ESTADUAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede de saúde.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

- Implementar as diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade loco-regional.

- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

- Manter articulação com municípios para apoio à implantação e à supervisão das ações.

- Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

- Exercer a vigilância sanitária no tocante as Práticas Integrativas e Complementares e ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

- Apresentar e aprovar proposta de inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no Conselho Estadual de Saúde.

5.3. GESTOR MUNICIPAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede municipal de saúde.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

- Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde.

- Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política.

~~ANEXO 2 DO ANEXO XXV~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)
~~Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS (Origem: PRT MS/GM 1600/2006)~~

~~Art. 1º~~ ~~Fica aprovada, na forma do Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXV , a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira complementar ao Anexo XXV , que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Art. 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

~~Art. 2º~~ ~~Os órgãos e as entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Portaria ora aprovada, promoverão a elaboração e a adequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Art. 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

~~ANEXO A DO ANEXO 2 DO ANEXO XXV~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)
~~Criação e diretriz do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Anexo 1)~~

~~1. Introdução~~

~~A Medicina Antroposófica apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde.~~

~~Entre os recursos terapêuticos da Medicina Antroposófica, destacam-se: a utilização de aplicações externas (banhos e compressas), massagens, movimentos rítmicos, terapia artística e uso de medicamentos naturais (fitoterápicos e medicamentos diluídos e dinamizados).~~

~~As experiências presentes no SUS colocam-se como um campo de interesse para acompanhamento e observação por oferecerem contribuições significativas para a abordagem da Atenção Básica, destacando-se a utilização de recursos que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.~~

~~Considerando-se o estágio de implantação destas experiências no SUS, propõe-se implantar, no âmbito do Ministério da Saúde, Observatório com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre as práticas e seu impacto na saúde.~~

~~Diretriz Única~~

~~Criação de Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, no âmbito do Ministério da Saúde.~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

~~Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão:~~

~~1. instituir Observatório das experiências já consolidadas de Medicina Antroposófica no SUS, articulando-se as três esferas de gestão;~~

~~2. desenvolver metodologias apropriadas para o acompanhamento e avaliação das práticas desenvolvidas nos serviços; e~~

~~3. elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios.~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

ANEXO 3 DO ANEXO XXV

Aprova a definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga na PNPIC (Origem: PRT MS/GM 849/2017)

Art. 1º Ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga apresentadas no Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV . (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Art. 1º)

Art. 2º As práticas citadas neste Anexo atenderão às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Art. 2º)

ANEXO A DO ANEXO 3 DO ANEXO XXV

Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Anexo 1)

Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023".

A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) e orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas trazendo para o Sistema único de Saúde (SUS) práticas que atendam as necessidades regionais.

Os 10 anos da Política trouxeram avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou que as 14 práticas a serem incluídas por esta Portaria estão presentes nos serviços de saúde em todo o país.

Esta Portaria, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS.

DESCRIÇÃO

ARTETERAPIA

É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida.

A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias percepções, ampliando a percepção do individuo sobre si e do mundo. A arte é utilizada no cuidado à saúde com pessoas de todas as idades, or meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o stress e experiências traumáticas.

AYURVEDA

É considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Utilizou-se de observação, experiência e os recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado.

Ayurveda significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual.

A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver.

No Ayurveda a investigação diagnóstica leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa. Considera que a doença inicia-se muito antes de ser percebida no corpo, aumentando o papel preventivo deste sistema terapêutico, tornando possível tomar medidas adequadas e eficazes com antecedência.

Os tratamentos no Ayurveda levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o dosha (humores biológicos) do indivíduo. Assim, cada tratamento é planejado de forma individual. São utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e o cuidado dietético.

A teoria dos três doshas (tridosha) é o princípio que rege a intervenção terapêutica no Ayurveda. As características dos doshas podem ser consideradas uma ponte entre as características emocionais e fisiológicas. Cada dosha está relacionado a uma essência sutil: Vata, a energia vital; Pitta o fogo essencial; e Kapha está associado à energia mental.

A abordagem terapêutica básica é aquela que pode ser realizada pelo próprio indivíduo através do autocuidado, sendo o principal tratamento.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

BIODANÇA

É uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva.

Configura-se como um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de integração psicofísica, de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. Sua metodologia vivencial estimula uma dinâmica de ação que atua no organismo potencializando o protagonismo do indivíduo para sua própria recuperação. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo passam ocupar lugar de destaque nas ações de saúde.

É um processo altamente integrativo, sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Nesse sentido, configura-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), produzindo efeitos na saúde como: ativar a totalidade do organismo; gerar processos adaptativos e integrativos; através da otimização da homeostase do organismo.

DANÇA CIRCULAR

Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.

O principal enfoque na Dança Circular não é a técnica e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória.

As danças circulares podem criar espaços significativos para o desenvolvimento de estados emocionais positivos, tornando-se um recurso importante no contexto de grupos, uma vez que estimulam a cooperação, despertam o respeito ao outro, a integração, a inclusão e o acolhimento às diversidades. A prática tem o potencial mobilizador da expressão de afetos e de reflexões que resultam na ampliação da consciência das pessoas.

No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência e do prazer pela participação plena dos processos internos de transformação, promovendo o bem-estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima; a consciência corporal, entre outros benefícios.

MEDITAÇÃO

É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "êxtase".

A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo.

Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Atrelado a isso, o conjunto de atitudes e comportamentos, aliado aos mecanismos de enfrentamento escolhidos pelo indivíduo diante as diversas situações da vida, tem impacto sobre sua saúde ou doença.

A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.

MUSICOTERAPIA

É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

É importante destacar que a utilização terapêutica da música se deve à influência que esta exerce sobre o indivíduo, de forma ampla e diversificada. No desenvolvimento humano a música é parte inerente de sua constituição, pois estimula o afeto, a socialização e movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida.

A Musicoterapia favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado junto a outras práticas, facilitando abordagens interdisciplinares, pois promove relaxamento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o diálogo entre os indivíduos e profissionais.

NATUROPATIA

É entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. Tem sua origem fundamentada nos saberes de cuidado em saúde de diversas culturas, particularmente aquelas que consideram o vitalismo, que consiste na existência de um princípio vital presente em cada indivíduo, que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental, em sua cosmovisão.

A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos.

Cada indivíduo recebe um tratamento individualizado, planejado para suas especificidades, seguindo seis princípios fundamentais: não fazer mal - por meio do uso de métodos que minimizam o risco de efeitos colaterais; identificar e tratar as causas fundamentais da doença - identificando e removendo as causas subjacentes das doenças ao invés de suprimir os sintomas; ensinar os princípios de uma vida saudável e uma prática promocionista - compartilhando conhecimentos com os indivíduos e os encorajando a ter responsabilidade sob sua própria saúde; tratar o indivíduo como um todo por meio de um tratamento individualizado - compreendendo fatores físicos, mentais, emocionais, espirituais, genéticos, espirituais, ambientais e sociais únicos que contribuem para a doença e, personalizando os protocolos de tratamento para o indivíduo; dar ênfase à prevenção de agravos e doenças e à promoção da saúde - avaliando os fatores de risco e vulnerabilidades e recomendando intervenções apropriadas para manter e expandir a saúde e prevenir a doença e, dar suporte ao poder de cura do organismo - reconhecendo e removendo os obstáculos que interferem no processo de autocura do corpo.

OSTEOPATIA

É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. Desta forma, a osteopatia diferencia-se de outros métodos de manipulação pois busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase.

Pode ser subdividida basicamente em três classes, a saber: osteopatia estrutural; osteopatia craniana; osteopatia visceral. Esta abordagem para os cuidados e cura do indivíduo, se baseia no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, em que todas as partes se inter-relacionam e que possui seus próprios mecanismos para a autorregulação e a autocura.

O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade tridimensional de qualquer elemento conjuntivo, caracterizadas por restrições de mobilidade (hipomobilidades).

A osteopatia diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada à própria cura.

QUIROPRAXIA

É uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral.

São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação, que gera uma cavitação.

O ajuste articular promovido pela Quiropraxia é aplicado em segmentos específicos e nos tecidos adjacentes com objetivo de causar influência nas funções articulares e neurofisiológicas a fim de corrigir o complexo de subluxação, cujo modelo é descrito como uma disfunção motora segmentar, o qual incorpora a interação de alterações patológicas em tecidos nervosos, musculares, ligamentosos, vasculares e conectivos.

REFLEXOTERAPIA

Também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.

As áreas do corpo foram projetadas nos pés, depois nas mãos, na orelha e também em outras partes do corpo, passando a ser conhecida como microssistemas, que utiliza o termo "Terapias Reflexas", Reflexoterapia ou Reflexologia.

A planta dos pés apresenta mais de 72.000 terminações nervosas; na existência de um processo patológico, vias eferentes enviam fortes descargas elétricas que percorrem a coluna vertebral e descendo pelos nervos raquidianos, pelas pernas, as terminações nervosas livres, que se encontram nos pés criam um campo eletromagnético que gera uma concentração sanguínea ao redor de determinada área. Quanto maior a concentração de sangue estagnado, mais crônicas e mais graves são as patologias.

REIKI

É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral.

A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios - "nós energéticos" - eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital.

A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. A prática do Reiki, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital.

SHANTALA

É uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional.

Promove e fortalece o vínculo afetivo, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. Permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar.

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)

É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas.

A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas.

Está fundamentada em cinco eixos teóricos que são: a Pedagogia de Paulo Freire, a Teoria da Comunicação, o Pensamento Sistêmico, a Antropologia Cultural e a Resiliência. Reforça a autoestima e fortalece vínculos positivos, promovendo redes solidárias de apoio e otimizando recursos disponíveis da comunidade, é fundamentalmente uma estratégia integrativa e intersetorial de promoção e cuidado em saúde. Tendo a possibilidade de ouvir a si mesmo e aos outros participantes, a pessoa pode atribuir outros significados aos seus sofrimentos, diminuído o processo de somatização e complicações clínicas.

É uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Um conjunto de ásanas (posturas corporais) pode reduzir a dor lombar e melhorar Para harmonizar a respiração, são praticados exercícios de controle respiratório denominados de prânâyâmas. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não-violência.

A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

ANEXO 4 DO ANEXO XXV
(Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Aprova a definição das práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares apresentadas no Anexo A . (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Art. 1º Ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC, as seguintes práticas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapiaapresentadas, nos termos do Anexo A. (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Art. 2º As práticas citadas neste Anexo atenderão às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

ANEXO A DO ANEXO 4 DO ANEXO XXV
(Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Definição das práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapiaapresentadas

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica, e Termalismo Social/Crenoterapia, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023".

A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) e orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas trazendo para o Sistema único de Saúde (SUS) práticas que atendam as necessidades regionais.

Os 10 anos da Política trouxeram avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou que as 14 práticas a serem incluídas por esta Portaria estão presentes nos serviços de saúde em todo o país.

Esta Portaria, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS.

DESCRIÇÃO

APITERAPIA

A apiterapia é método integrativo que utiliza os produtos produzidos pelas abelhas em suas colmeias para promoção e manutenção da saúde, e auxílio complementar no tratamento de algumas condições alteradas, praticado desde a antiguidade conforme mencionado por Hipócrates em alguns textos, e em textos chineses e egípcios. Esses produtos são denominados apiterápicos e incluem a apitoxina, a geleia real e o pólen, a própolis, o mel, dentre outros, que compõem categorias diferenciadas.

A utilização da apitoxina como prática integrativa e complementar recebe a denominação de apipuntura, quando a estimulação ocorre nos pontos estratégicos do corpo similares aos definidos para a acupuntura, seja pela introdução do próprio ferrão da abelha ou por meio de agulhas apropriadas. Porém, outros modos consistem em aplicação sublingual, subcutânea com agulhas, injeções ou tópicas, com processamento industrializado de doses de apitoxina, o que torna a toxina menos ativa. A apitoxina age como anestésico na pele, com ação da endorfina muito alta, e apesar da dor inicial acaba relaxando a área de aplicação.

Em situações específicas, a apiterapia pode contribuir com o Sistema Único de Saúde principalmente quando analisada comparativamente às melhorias que ela pode proporcionar a alguns pacientes, com economia de gastos da instituição pública por utilizar matéria-prima de baixo custo.

AROMATERAPIA

A aromaterapia é prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais - os óleos essenciais (OE) - a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene. Na década de 30, a França e a Inglaterra passaram a adotar e pesquisar o uso terapêutico dos óleos essenciais, sendo considerada prática integrante da aromatologia - ciência que estuda os óleos essenciais e as matérias aromáticas quanto ao seu uso terapêutico em áreas diversas como na psicologia, cosmética, perfumaria, veterinária, agronomia, marketing e outros segmentos.

No Brasil, a aromaterapia é reconhecida como uma prática integrativa e complementar com amplo uso individual e/ou coletivo, podendo ser associada a outras práticas como talassoterapia e naturopatia, e considerada uma possibilidade de intervenção que potencializa os resultados do tratamento adotado. Como prática multiprofissional, tem sido adotada por diversos profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, veterinários, terapeutas holísticos, naturistas, dentre outros, e empregada nos diferentes setores da área para auxiliar de modo complementar a estabelecer o reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo.

Somados todos os fatos apresentados, a aromaterapia pode contribuir com o Sistema Único de Saúde, agregando benefícios ao paciente, ao ambiente hospitalar e colaborando com a economia de gastos da instituição pública por utilizar matéria-prima de custo relativamente baixo, principalmente quando analisada comparativamente às grandes vantagens que ela pode proporcionar.

BIOENERGÉTICA

A bioenergética é uma visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, e movimentos sincronizados com a respiração. Trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos. Propõe a interação homem-corpo-emoção-razão, sendo conduzida a partir da análise desses componentes por meio de conceitos fundamentais (couraça muscular, anéis ou segmentos da couraça muscular) e técnicas corporais (grounding, respiração e massagem).

A bioenergética considera que o corpo é capaz de traduzir, em linguagem não verbal, as suas necessidades, por meio de simbolismos ou sintomas apresentando uma memória celular que registra experiências e reage a estes padrões.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Desta forma, torna-se possível "ler" no corpo, também, as resistências e defesas do indivíduo, uma vez que ele revela expressões emocionais vividas até o momento. Este tipo de defesa, reconhecida como uma couraça, atua tanto na proteção do indivíduo contra ações externas e experiências traumatizantes, quanto na diminuição, de forma gradual, da espontaneidade nas relações humanas, da capacidade de auto percepção, da sensibilidade para o amor, do afeto e compaixão, bem como, dificulta a respiração plena e profunda.

A bioenergética pode contribuir com o Sistema Único de Saúde ao proporcionar ao paciente condições de liberar tensões, facilitar a expressão, favorecer o autoconhecimento e promover uma vida mais saudável.

CONSTELAÇÃO FAMILIAR

A constelação familiar é uma técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família. Desenvolvida nos anos 80 pelo psicoterapeuta alemão Bert Hellinger, que defende a existência de um inconsciente familiar - além do inconsciente individual e do inconsciente coletivo - atuando em cada membro de uma família. Hellinger denomina "ordens do amor" às leis básicas do relacionamento humano - a do pertencimento ou vínculo, a da ordem de chegada ou hierarquia, e a do equilíbrio - que atuam ao mesmo tempo, onde houver pessoas convivendo. Segundo Hellinger, as ações realizadas em consonância com essas leis favorece que a vida flua de modo equilibrado e harmônico; quando transgredidas, ocasionam perda da saúde, da vitalidade, da realização, dos bons relacionamentos, com decorrente fracasso nos objetivos de vida.

A constelação familiar é uma abordagem capaz de mostrar com simplicidade, profundidade e praticidade onde está a raiz, a origem, de um distúrbio de relacionamento, psicológico, psiquiátrico, financeiro e físico, levando o indivíduo a um outro nível de consciência em relação ao problema e mostrando uma solução prática e amorosa de pertencimento, respeito e equilíbrio.

A constelação familiar é indicada para todas as idades, classes sociais, e sem qualquer vínculo ou abordagem religiosa, podendo ser indicada para qualquer pessoa doente, em qualquer nível e qualquer idade, como por exemplo, bebês doentes são constelados através dos pais.

CROMOTERAPIA

A cromoterapia é prática terapêutica que utiliza há milênios as cores no tratamento de doenças, sendo utilizada pelo homem desde as antigas civilizações, e atua do nível físico aos mais sutis com o objetivo de harmonizar o corpo. Antigamente, o uso terapêutico era realizado principalmente através da luz solar, pela forte crença no seu potencial de cura.

A partir das abordagens dos distintos sistemas complexos das medicinas tradicionais, as cores em suas frequências podem ser utilizadas para neutralizar as condições excessivas do corpo e restabelecer a saúde, podendo serem utilizadas em regiões específicas do corpo, como os centros de força, pontos de acupunturas ou marmas, em consonância com o desequilíbrio identificado no indivíduo. Na concepção cromoterápica, o conceito de complementaridade embasa os efeitos positivos das cores sobre as disfunções de um órgão que, quando hiper estimulado, possui vibrações energéticas de vermelho (e podem ter os movimentos neutralizados e a expansão exagerada pelo tratamento cromoterápico com azul) ou, quando retraído, com funções diminuídas, energeticamente atuando na vibração do azul, pode ser estimulado pelo vermelho.

A cromoterapia, por intermédio das cores, procura estabelecer e restaurar o equilíbrio físico e energético, promovendo a harmonia entre corpo, mente e emoções, pois o desvio da energia vibratória do corpo é responsável por desencadear patologias. Pode ser trabalhada de diferentes formas: por contato, por visualização, com auxílio de instrumentos, com cabines de luz, com luz polarizada, por meditação.

Entre as possibilidades terapêuticas utilizadas pelos profissionais de saúde, a cromoterapia se enquadra como um recurso, associado ou não a outras modalidades (geoterapia, reflexologia, aromaterapia, imposição de mãos etc), demonstrando resultados satisfatórios.

GEOTERAPIA

A geoterapia é prática que contribui com ampliação e melhoramentos nos sistemas de abordagem integrativa, em intervenções clínicas. Prática milenar e de utilização variada pelos povos antigos, alterna desde embalsamentos, conservação de alimentos, tratamentos, manutenção da saúde, até fins estéticos. Tratados antigos mencionam que as argilas eram prescritas para tratamentos de enfermidades e preservação da saúde, destacando grande emprego em casos de doenças osteomusculares, processos inflamatórios, lesões dérmicas, cicatrização de ferimentos, entre outros.

A geoterapia é prática relativamente simples, na qual a argila (cor selecionada de acordo com o objetivo de tratamento) é diluída em água e manipulada até formar um material homogêneo, de textura colóide para ser aplicada no corpo. Essa massa de argila é rica em elementos minerais e estruturas cristalográficas que permitem reações bioquímicas e vibracionais nos tratamentos de saúde. As reações bioquímicas são amplamente discutidas e fundamentadas pela presença de elementos minerais que cada tipo de argila compõe, do tipo de água utilizada para diluição, tempo de contato com pele, temperatura etc. As reações vibracionais, somadas ao contexto anterior, são resultantes da carga elétrica gerada pelas estruturas cristalinas que a formam a argila, instituindo assim, cristalografia como parte integrante da geoterapia.

As possibilidades de aplicação são muitas podendo ser utilizada de modo associado a outras terapias como reflexoterapia, auriculoterapia, massoterapia, fitoterapia, florais, cromoterapia, entre outras, possibilitando ampla atuação nos processos terapêuticos e atendendo as necessidade dos usuários. É um recurso que tem história bem definida, não invasiva, segura e com relatos clínicos de eficácia apresentado em estudos antigos e atuais, passível de incorporar benefícios ao Sistema Único de Saúde.

HIPNOTERAPIA

A hipnoterapia é um conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas. Pode favorecer o autoconhecimento e, em combinação com outras formas de terapia, auxilia na condução de uma série de problemas.

Em 1993, a hipnoterapia foi definida pela American Psychological Association (APA) como procedimento através do qual um profissional de saúde conduz o indivíduo a experimentar sensações, mudanças, percepções, pensamentos ou comportamentos, com o seu uso indicado em diversas condições como transtornos depressivos, ansiedade, neurose depressiva, depressão, baseado em estudos anteriores. Estudos atuais indicam a terapia por hipnose como um tratamento eficaz e relevante na depressão. Algumas revisões de literatura realizadas identificaram artigos, abrangendo populações distintas, nas quais a maioria das pessoas acredita que a hipnoterapia é benéfica, pode melhorar habilidades, especialmente a memória, e consideraria seu uso em circunstâncias adequadas.

Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a psicologia, a fisioterapia, a enfermagem, dentre outras.

IMPOSIÇÃO DE MÃOS

A imposição de mãos é prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano auxiliando no processo saúde-doença. Sem envolvimento de outros recursos (remédios, essências, aparelhos) faz uso da capacidade humana de conduzir conscientemente o fluxo de energias curativas multidimensionais para dentro do corpo humano e dos seus sistemas energéticos físicos e espirituais a fim de provocar mudanças terapêuticas.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A maioria das formas de cura pela imposição das mãos envolve de fato o posicionamento das mãos sobre ou próximo ao corpo da pessoa para transferência de energia do agente de cura para o paciente. Essa prática fundamenta-se no princípio de que a energia do campo universal sustenta todos os tipos de organismos vivos e que este campo de energia universal tem a ordem e o equilíbrio como base. No estado de saúde, esta energia universal flui livremente dentro, através e fora do campo de energia humano promovendo equilíbrio. Na doença, o fluxo de energia pode estar obstruído, desorganizado ou em desequilíbrio.

Os conceitos da energia essencial da vida receberam vários nomes em diferentes partes do mundo e fazem parte de sistemas médicos milenares: na Índia, a palavra em sânscrito para energia vital é prana; na China, essa energia é descrita fluindo através de uma rede não física de meridianos, é chamada de qi ou ch'i; e no antigo Egito é denominado ká. Prática tradicional de saúde de uso integrativo e complementar a outras práticas e/ou terapias de saúde.

MEDICINA ANTROPOSÓFICA / ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE (632)

A Medicina Antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Considerada uma abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, avalia o ser humano a partir dos conceitos da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos. Atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem.

Na abordagem interdisciplinar de cuidados, os diferentes recursos terapêuticos ofertados envolvem:

- terapia medicamentosa: recurso de base antroposófica em que, de acordo com o diagnóstico individualizado, são prescritos medicamentos antroposóficos ou, em alguns casos, alopáticos;

- aplicações externas: uso de substâncias ou de toques na pele - orientado por conhecimentos antroposóficos - que exerce efeito terapêutico, propiciando a absorção de princípios medicamentosos e a cura endógena. Utiliza substâncias como chás medicinais, emulsões de plantas, pomadas de metais ou vegetais, óleos essenciais e raízes de plantas. Banho medicinal, cataplasma, compressa, enfaixamento, escalda-pés, fricção e massagem são exemplos de aplicação externa;

- banhos terapêuticos: Técnica de base antroposófica que utiliza o banho como recurso complementar na promoção da saúde e pode ocorrer com ou sem uso de calor ou de substâncias, como óleos essenciais, emulsão de plantas e chás. Pode ser de escova, de fricção, de assento, entre outros, e obedece a uma sequência rítmica, respeitando-se um período de repouso após o banho.

- massagem rítmica: técnica de base antroposófica que utiliza movimentos rítmicos para manipulação dos tecidos corporais, atuando de forma terapêutica;

- terapia artística: prática expressiva que utiliza elementos artísticos (como cor, forma, volume, luz e sombra) na realização de exercícios específicos, orientados e acompanhados por terapeuta artístico antroposófico - de maneira individualizada, em função dos objetivos do tratamento - visando melhorar a vitalidade, a criatividade, a resiliência e, por consequência, a recuperação do equilíbrio entre corpo e alma na promoção da saúde. As modalidades mais frequentes incluem exercícios com aquarela aplicando pigmentos naturais; desenho de formas; modelagem em argila; ou desenho com carvão;

- euritmia: prática corporal de base antroposófica, com movimentos associados a fonemas - representam sons primordiais - que induzem efeitos anabolizantes, relaxantes ou desintoxicantes, em função harmonizadora e que não apresenta contraindicação ou efeito colateral.

- quirofonética: técnica terapêutica de base antroposófica na qual o terapeuta quirofonético entoa sons da própria fala (vogais, consoantes, versos) enquanto realiza deslizamentos manuais pelo corpo do paciente, para despertar as forças internas de regeneração da saúde. O toque corporal na quirofonética obedece a movimentos específicos realizados especialmente nas costas, braços e pernas e, em geral, com o auxílio de óleos medicinais. Foi desenvolvida pelo médico alemão Alfred Baur, em 1972, e pode ser aplicada em diversas situações de adoecimento físico, psíquico ou deficiências motoras e cognitivas;

- cantoterapia: prática expressiva que utiliza a atividade artística do canto, por meio de exercícios musicais, para atuar sobre o corpo e a emoção, estimulando e propiciando uma forma de autoconhecimento e fortalecimento do eu. Auxilia a destravar emoções reprimidas, trabalhando numa perspectiva de melhorar os aspectos psicológicos e corporais do indivíduo.

- terapia biográfica: técnica de aconselhamento de base antroposófica na qual, orientado pelo terapeuta, o indivíduo revê sua própria biografia para perceber o que pode estar bloqueando seu desenvolvimento pessoal e identificar as possibilidades de transformação.

Inicialmente integrado ao SUS, pela PNPIC, como Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, articulação institucional voltada para o desenvolvimento de metodologias apropriadas ao acompanhamento e à avaliação de experiências em medicina antroposófica presentes no SUS, bem como ao monitoramento desses serviços e à divulgação dos resultados, envolveu as três esferas de gestão no SUS em sua articulação. Agora, passa a integrar formalmente o rol de PICS institucionalizadas no Sistema.

OZONIOTERAPIA

A ozonioterapia é pratica integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, já utilizada em vários países como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros, há décadas.

Há algum tempo, o potencial terapêutico do ozônio ganhou muita atenção através da sua forte capacidade de induzir o estresse oxidativo controlado e moderado quando administrado em doses terapêuticas precisas. A molécula de ozônio é molécula biológica, presente na natureza e produzida pelo organismo sendo que o ozônio medicinal (sempre uma mistura de ozônio e oxigênio), nos seus diversos mecanismos de ação, representa um estimulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que pode ajudar a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo humano e animal.

Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a neurologia e a oncologia, dentre outras.

TERAPIA DE FLORAIS

A terapia de florais é uma prática complementar e não medicamentosa que, por meio dos vários sistemas de essências florais, modifica certos estados vibratórios auxiliando a equilibrar e harmonizar o indivíduo. O pioneiro das essências florais foi o médico inglês Edward Bach que, na década de 1930, inspirado nos trabalhos de Paracelso, Hahnemann e Steiner, adota a utilização terapêutica da energia essencial - energia sutil - de algumas flores silvestres que cresciam sem a interferência do ser humano, para o equilíbrio e harmonia da personalidade do indivíduo, reatando laços com a tradição alquímica de Paracelso e Hildegard Von Bingen, numa nova abordagem da saúde.

As essências florais são extratos líquidos naturais, inodoros e altamente diluídos de flores que se destinam ao equilíbrio dos problemas emocionais, operando em níveis sutis e harmonizando a pessoa internamente e no meio em que vive. São preparadas a partir de flores silvestres no auge da floração, nas primeiras horas da manhã, quando as

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

flores ainda se encontram úmidas pelo orvalho, obtidas através da colheita de flores extraídas de lugares da natureza que se encontram intactos. A essência floral que se origina da planta em floração atua nos arquétipos da alma humana, estimulando transformação positiva na forma de pensamento e propiciando o desenvolvimento interior, equilíbrio emocional que conduz a novos comportamentos. Não é fitoterápico, não é fragrância, não é homeopatia, não é droga.

Pode ser adotado em qualquer idade, não interferindo com outros métodos terapêuticos e/ou medicamentos, potencializando-os. Os efeitos podem ser observados de imediato, em indivíduos de maior sensibilidade.

TERMALISMO SOCIAL / CRENOTERAPIA

O uso das águas minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrito por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. Como prática terapêutica, compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral - com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras - e eventualmente submetida a ações hidromecânicas - como agente em tratamentos de saúde. A eficiência do termalismo no tratamento de saúde está associada à composição química da água (que pode ser classificada como sulfurada, radioativa, bicarbonatada, ferruginosa etc.), à forma de aplicação (banho, sauna etc.) e à sua temperatura.

A crenoterapia, por sua vez, consiste em prática terapêutica que utiliza águas minerais com propriedades medicinais, de modo preventivo ou curativo, em complemento a outros tratamentos de saúde. Tem por base a crenologia, ciência que estuda as propriedades medicinais das substâncias físico-químicas das águas minerais e sua utilização terapêutica. No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao país os seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Inicialmente integrado ao SUS, pela PNPIC, como Observatório das Experiências de Termalismo no SUS, articulação institucional voltada para o desenvolvimento de metodologias apropriadas ao acompanhamento e à avaliação de experiências em medicina antroposófica presentes no SUS, bem como ao monitoramento desses serviços e à divulgação dos resultados, envolveu as três esferas de gestão no SUS em sua articulação. Agora, passa a integrar formalmente o rol de PICS institucionalizadas no Sistema. (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Anexo XXVI

Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Origem: PRT MS/GM 1559/2008)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SUS

Art. 2º As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º)

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, I)

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, II)

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, III)

Art. 3º A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º)

I - elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, I)

II - planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, II)

III - controle Social e Ouvidoria em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, III)

IV - vigilância sanitária e epidemiológica; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, IV)

V - regulação da saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, V)

VI - auditoria assistencial ou clínica; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, VI)

VII - avaliação e incorporação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, VII)

Art. 4º A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º)

I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, I)

II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, II)

III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, III)

IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, IV)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, V)

VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VI)

VII - Programação Pactuada e Integrada (PPI); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VII)

VIII - avaliação analítica da produção; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VIII)

IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, IX)

X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, X)

XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, XI)

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, XII)

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º)

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, I)

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, II)

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, III)

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, IV)

Art. 6º Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todos as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º)

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 1º)

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contrarreferência baseado nos processos de programação assistencial. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 3º)

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) serão definidas pela área técnica da regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 4º)

Art. 7º A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 7º)

Art. 8º As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º)

§ 1º São atribuições da regulação do acesso: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º)

I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, I)

II - garantir os princípios da equidade e da integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, II)

III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, III)

IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, IV)

V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, V)

VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VI)

VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VII)

VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VIII)

IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, IX)

X - subsidiar a programação pactuada e integrada. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, X)

§ 2º São atribuições do Complexo Regulador: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º)

I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, I)

II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, II)

III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, III)

IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, IV)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

V - executar a regulação médica do processo assistencial. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, V)

Art. 9º O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º)

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, I)

II - Complexo Regulador Regional: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II)

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, a)

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, b)

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, III)

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º)

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, I)

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, II)

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, III)

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 3º)

Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10)

I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, I)

II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, II)

III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, III)

IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, IV)

V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, V)

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, VI)

§ 1º Cabe à União: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º)

I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, I)

II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, II)

III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, III)

IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, IV)

V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, V)

VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC nos termos do Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VI)

VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VII)

VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VIII)

IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, IX)

§ 2º Cabe aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º)

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, I)

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, II)

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IV)

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, V)

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VI)

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VII)

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VIII)

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IX)

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, X)

XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XI)

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XII)

§ 3º Cabe aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º)

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em cogestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, I)

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, II)

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, III)

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IV)

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, V)

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VI)

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VII)

VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VIII)

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IX)

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, X)

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XI)

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XII)

XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIII)

XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIV)

§ 4º Cabe ao Distrito Federal executar as atividades contidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, preservando suas especificidades políticas e administrativas. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 4º)

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, adotará as providências necessárias à plena aplicação da Política Nacional de Regulação do SUS, instituída por este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 11)

ANEXO 1 DO ANEXO XXVI

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) (Origem: PRT MS/GM 2309/2001

Art. 1º Fica instituída, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os procedimentos da modalidade de assistência de que trata este Artigo são aqueles definidos na Portaria SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002, que estabelece lista dos Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares (SIA e SIH/SUS). (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º O Ministério da Saúde financiará os procedimentos objeto do art. 1º, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), por meio da Câmara Nacional de Compensação, não sendo onerados os limites financeiros estabelecidos para os estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os recursos utilizados atualmente, por estados e municípios com assistência hospitalar de alta complexidade, de pacientes de outros estados, serão mantidos nos tetos estaduais podendo ser remanejados pelas Comissões Intergestores Bipartite dos estados. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) adotará as providências necessárias para a operacionalização da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, ora instituída. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 3º)

ANEXO XXVII

Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Origem: PRT MS/GM 3916/1998)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do Anexo 1 do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Medicamentos, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Art. 2º)

CAPÍTULO I
DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME)

Seção I
Disposições Gerais

Art. 3º Fica estabelecido o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a seguinte estrutura: (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º)

I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, I)

II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, II)

III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, III)

IV - Relação Nacional de Insumos; e (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, IV)

V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, V)

§ 1º Incluem-se entre os medicamentos que compõem a RENAME os que forem definidos no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os medicamentos inseridos nas ações e serviços de saúde de que tratam as Políticas Nacional de Atenção Oncológica Oftalmológica e de Urgências e Emergências estão contemplados na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, § 2º)

Art. 4º O elenco de medicamentos e insumos da RENAME encontra-se definido e organizado a partir do emprego dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º)

I - os medicamentos utilizados na Atenção Básica são aqueles constantes da Relação Nacional dos Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, I)

II - a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar consiste nos medicamentos descritos nominalmente em códigos específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS, cujo financiamento ocorre por meio de procedimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, II)

III - as vacinas e soros integram a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, III)

IV - a Anatomical Therapeutic Chemical, da Organização Mundial da Saúde (ATC/MS), utilizando-se o Subgrupo Farmacológico (3º Nível ATC) e o Subgrupo Químico (4º Nível ATC); (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, IV)

V - as indicações terapêuticas definidas no Formulário Terapêutico Nacional (FTN), nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e/ou diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde foram empregadas para a alocação dos medicamentos na RENAME; e (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, V)

VI - inclusão dos medicamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, VI)

Art. 5º A incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME serão realizadas pelo Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 3º)

Art. 6º A RENAME será disponibilizada pelo Ministério da Saúde, no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 4º)

Art. 7º O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) é o instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para qualificar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 5º)

Seção II
Do Formulário Terapêutico Nacional

Art. 8º Fica instituído o Formulário Terapêutico Nacional (FTN) da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 1º)

Parágrafo Único. O FTN será disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 9º O FTN contém informações científicas e embasadas em evidências sobre os medicamentos selecionados na RENAME, visando subsidiar os profissionais de saúde em prescrição, dispensação e uso dos medicamentos essenciais. (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 2º)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS

Art. 10. Ficam aprovadas as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais, que se encontra no Anexo 2 do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Art. 1º)

Art. 11. As disposições deste Capítulo abrangem as farmácias em hospitais que integram o serviço público, da Administração Direta e Indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de entidades privadas com ou sem fins lucrativos, inclusive filantrópicas. (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Art. 2º)

~~**CAPÍTULO III**~~
~~DOS PRODUTOS OU PROCESSOS FARMACÊUTICOS CONSIDERADOS DE INTERESSE PARA AS POLÍTICAS DE MEDICAMENTO OU DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA EXAME DE PRÉVIA ANUÊNCIA DA ANVISA~~

CAPÍTULO III
DOS PRODUTOS OU PROCESSOS FARMACÊUTICOS CONSIDERADOS DE INTERESSE PARA AS POLÍTICAS DE MEDICAMENTO OU DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA SOLICITAÇÃO DE TRÂMITE PRIORITÁRIO E

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

APRESENTAÇÃO DE SUBSÍDIOS AO EXAME TÉCNICO DO PEDIDO DE PATENTE
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

~~**Art. 12.** São considerados de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência, realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com o art. 229-C da Lei nº 9.279, de 1996, os produtos ou processos farmacêuticos que compreendam, ou resultem em substância constante da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 11 de dezembro de 2013 e suas atualizações, conforme os grupos definidos abaixo: (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º)~~

~~**I -** antivirais e antirretrovirais; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, I)~~

~~**II -** doenças negligenciadas; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, II)~~

~~**III -** doenças degenerativas (Alzheimer / Parkinson); (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, III)~~

~~**IV -** imunossupressores; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, IV)~~

~~**V -** doenças mentais (antipsicóticos / anticonvulsivantes); (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, V)~~

~~**VI -** produtos obtidos por rotas biológicas; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VI)~~

~~**VII -** vacinas e soros; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VII)~~

~~**VIII -** hemoderivados; e (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VIII)~~

~~**IX -** produtos oncológicos. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, IX)~~

~~**Parágrafo Único.** Quando o objeto do pedido de invenção não constar da lista de substâncias da referida Portaria deverá ser considerado de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência, aqueles relacionados aos grupos definidos no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, Parágrafo Único)~~

~~**Art. 12.** São considerados de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nos termos do art. 229-C da Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996, o pedido de patente de produto e de processos farmacêuticos, que atendam a um dos seguintes requisitos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

Art. 12. É considerado de interesse para as políticas de medicamento ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins de emissão de parecer consultivo público, com base em requisitos de patenteabilidade, que servirão de subsídio ao exame realizado pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), nos termos do art. 31 da Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996, o pedido de patente de produtos e processos farmacêuticos que atenda a um dos seguintes requisitos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

I - seja objeto de solicitação de exame prioritário pelo Ministério da Saúde ao Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

II - a tecnologia relacionada ao pedido de patente que seja objeto de ação judicial para obtenção de acesso ao medicamento, mediante solicitação do Ministério da Saúde à ANVISA. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

III - esteja relacionado, a partir de prospecção tecnológica, a tema de relevância para as ações do Ministério da Saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

IV - seja selecionado pela ANVISA, de acordo com as destinações terapêuticas especificadas neste Capítulo, dentre os seguintes grupos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

a) doenças infecciosas e parasitárias; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

b) doenças do Sistema Respiratório; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

c) doenças do Sistema Nervoso; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

d) doenças caracterizadas como raras; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

e) doenças do Sistema Digestivo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

f) doenças do sangue ou órgãos formadores de sangue; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

g) doenças do sistema imunológico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

h) doenças do Sistema Circulatório; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

i) neoplasias; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

j) vacinas e soros. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Parágrafo único. Os grupos definidos no inciso IV do caput poderão ser revistos conforme interesse público envolvido para implementação das políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**Art. 13.** O objeto do pedido de invenção de produtos e processos farmacêuticos, caracterizado como de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, deverá atender aos critérios de patenteabilidade e demais requisitos da Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 2º)~~

Art. 13. O pedido de patente que atender ao disposto no art. 12 será objeto de parecer pela ANVISA, com fulcro em requisitos de patenteabilidade, considerando o disposto na Portaria Conjunta nº 1/ ANVISA/INPI, de 12 de abril de 2017. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**Art. 14.** A ANVISA implementará as medidas necessárias à execução do disposto neste Capítulo, segundo sua área de competência. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 3º)~~

Art. 14. A ANVISA implementará as medidas necessárias à execução do disposto neste Capítulo, segundo sua área de competência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 14-A. Fica instituído o Grupo de Articulação de Propriedade Intelectual e Saúde (GAPIS), com objetivo de prospectar e identificar os pedidos de patentes de produtos e de processos farmacêuticos, incluindo os considerados estratégicos para as políticas públicas de saúde, com a finalidade de cumprir o disposto no art. 12. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 14-B. Compete ao GAPIS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

I - prospectar e identificar os pedidos de patentes de produtos e de processos farmacêuticos, tendo em consideração os grupos definidos no inciso IV do art. 12; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - subsidiar o Ministério da Saúde nas tomadas de decisões quanto aos pedidos de exames prioritários junto ao INPI; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

III - subsidiar a Comissão de Propriedade Intelectual em Saúde (COMPIS). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Parágrafo único. Para a execução de suas competências, o GAPIS observará as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**Art. 14-C.** O GAPIS será composto por três representantes de cada um dos seguintes órgãos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

Art. 14-C. O GAPIS será composto por quatro representantes de cada um dos seguintes órgãos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

I - da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) que o coordenará; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**II - da Coordenação de Propriedade Intelectual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

II - do Posto de Propriedade Intelectual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

~~**§ 1º** Cada membro do GAPIS terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e impedimentos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

~~**§ 2º** Os membros titulares do GAPIS e seus suplentes serão indicados pelos dirigentes dos seus respectivos órgãos e encaminhado à SCTIE/MS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

§ 2º Os membros titulares do GAPIS serão indicados pelos dirigentes dos seus respectivos órgãos, que encaminharão a indicação à SCTIE/MS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

§ 3º Poderão participar das reuniões do GAPIS, como convidados especiais, representantes e especialistas de outros órgãos e entidades, públicos ou privados. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 14-D. O GAPIS se reunirá sempre que convocado por seu Coordenador. Parágrafo único. O quórum de reunião e de deliberação do GAPIS é de maioria simples. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 14-E. Os membros do GAPIS que se encontrarem no Distrito Federal se reunirão presencialmente ou por meio de videoconferência, de acordo com a disponibilidade de cada membro, e os membros que se encontrarem em outros entes federativos participarão da reunião, preferencialmente, por meio de videoconferência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**Art. 14-F.** A Coordenação-Geral de Inovação Tecnológica em Saúde (CGITS/DGITIS/SCTIE) prestará apoio logístico e administrativo ao GAPIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

Art. 14-F. A Coordenação-Geral de Inovação Tecnológica na Saúde (CGITS/DECIIS/SCTIE/MS), área técnica responsável pela Propriedade Intelectual em Saúde da SCTIE/MS, prestará apoio logístico e administrativo ao GAPIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

Art. 14 - G. A participação no GAPIS será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

CAPÍTULO IV
DOS CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS PELOS LABORATÓRIOS OFICIAIS DE PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS EM SUAS LICITAÇÕES PARA AQUISIÇÃO DE MATÉRIA PRIMA

Art. 15. Os Laboratórios Oficiais de produção de medicamentos, em suas licitações, deverão dar preferência à aquisição dos ingredientes farmacêuticos ativos necessários à sua linha de produção de empresas que produzam essas matérias-primas no País. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 1º)

Art. 16. Quando houver mais de um fornecedor que atenda às condições estabelecidas pelo art. 15, os laboratórios oficiais de produção de medicamentos deverão levar em conta, no processo licitatório, o grau de verticalização da produção no País, apresentado pelos fornecedores. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 2º)

Art. 17. A observância dessa norma ora instituída deverá constituir-se em critério discriminante positivo e deverá estar compulsoriamente presente nas análises de projetos de compras e investimentos realizados pelo Ministério da Saúde junto aos Laboratórios Oficiais de produção de medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 3º)

CAPÍTULO V
DA COMISSÃO PERMANENTE DE BAIXA E DESCARTE DE MEDICAMENTOS

Art. 18. Fica instituída a Comissão Permanente de Baixa e Descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis (CPBD), subordinada à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º)

§ 1º Consideram-se irrecuperáveis aqueles medicamentos, insumos de saúde e materiais que não mais puderem ser utilizados para o fim a que se destinam. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A atuação da CPBD poderá abranger todos os órgãos do Ministério da Saúde, inclusive os Núcleos Estaduais. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º, § 2º)

Art. 19. A CPBD terá competência para definir os produtos irrecuperáveis que trata o art. 18, § 1º e validar os processos de descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis, após levantamento realizado pelas unidades demandantes, ouvido o Departamento de Logística em Saúde da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (DLOG/SE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 2º)

Art. 20. A CPBD será composta por um representante, titular e suplente, de cada Secretaria do Ministério da Saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º)

I - a Secretaria-Executiva indicará o representante titular e seu suplente; e (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, I)

II - os representantes titulares das demais Secretarias serão seus respectivos Chefes de Gabinete, devendo cada Secretaria indicar o suplente. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, II)

§ 1º A coordenação da CPBD será exercida pelo representante da Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A CPBD poderá, quando se fizer necessário, convocar especialistas de outras áreas do Ministério da Saúde para auxiliarem com os subsídios técnicos necessários à tomada de decisão no âmbito da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 2º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

§ 3º A Secretaria-Executiva fornecerá o apoio administrativo necessário ao funcionamento da CPBD. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A participação na CPBD será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 4º)

Art. 21. As Secretarias do Ministério da Saúde, como áreas demandantes, serão competentes para encaminhar os processos de descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis de suas respectivas unidades à CPBD, acompanhados de nota técnica que atestará o motivo das perdas. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º)

§ 1º A efetivação do descarte dependerá de validação da CPBD e a execução será realizada pelo DLOG/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O encaminhamento dos processos de que trata o caput deverá seguir cronograma com estipulação de prazos para baixa e descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Após cumpridas todas as exigências previstas neste Capítulo e efetivado o descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis, o processo deverá ser enviado ao DLOG/SE/MS, para arquivamento. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 4º)

Art. 22. Os responsáveis, nas respectivas áreas demandantes, pelos estoques de medicamentos, insumos de saúde e materiais, inclusive os decorrentes de decisão judicial, deverão utilizar ferramentas de controle eficientes, que forneçam informações atualizadas para tomada de decisão, visando a minimizar as perdas. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 5º)

Art. 23. Compete à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde a edição de normas complementares acerca do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 6º)

CAPÍTULO V-A
COMISSÃO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL EM SAÚDE
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 24. Fica instituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão de Propriedade Intelectual em Saúde (COMPIS) com o objetivo de propor ações e subsidiar a atuação do Ministério no tema de propriedade intelectual. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 25. Compete à COMPIS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

I - elaborar, acompanhar e monitorar a implementação de política na área de propriedade intelectual em saúde no âmbito do Ministério da Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

II - propor áreas prioritárias para diagnósticos, avaliações e ações gerenciais na área de propriedade intelectual em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

III - apoiar tecnicamente atividades destinadas a oferecer subsídios a propriedade intelectual em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

IV - subsidiar a participação do Ministério da Saúde nos colegiados interministeriais relacionados ao tema, em especial ao Grupo Interministerial de Propriedade Intelectual (GIPI), instituído pelo Decreto nº 9.931, de 23 de julho de 2019; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

V - propor estudos, debates, eventos e consultas públicas sobre o tema de propriedade intelectual em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

VI - subsidiar a participação do Ministério da Saúde nas atividades dos foros nacionais e internacionais relacionados à propriedade intelectual em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

VII - subsidiar o Ministério da Saúde nas tomadas de decisões quanto aos pedidos de exames prioritários junto ao Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI); e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

VIII - elaborar o seu regimento interno. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Parágrafo único. O regimento interno da COMPIS será disponibilizado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

IX - constituir grupos de trabalho com a finalidade de assessorar seus membros em temas específicos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

§ 1º O regimento interno da COMPIS será disponibilizado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

§ 2º Os grupos de trabalho de que trata o inciso IX do caput: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

I - serão compostos na forma estabelecida por ato da COMPIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

II - não poderão ter mais de dez membros; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

III - terão caráter temporário e duração não superior a um ano; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

IV - estarão limitados a cinco operando simultaneamente. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

Art. 26. A COMPIS será composta por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

I - dois representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE/MS), que a coordenará; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

II - um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

III - um representante da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (S A ES / M S) ; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

IV - um representante da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

V - um representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

~~**VI -** um representante do Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

VI - um representante da Assessoria Especial de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

VII - um representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

VIII - um representante do Instituto Nacional de Câncer (INCA); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

IX - um representante do Instituto Nacional de Cardiologia (INC); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

X - um representante do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

XI - um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**XII -** um representante da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

§ 1º Cada membro da COMPIS terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e impedimentos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

§ 2º Os membros titulares da COMPIS e seus suplentes serão indicados pelos dirigentes dos seus respectivos órgãos e unidades e designados por ato do Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

XIII - um representante do Instituto Evandro Chagas (IEC); e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

XIV - um representante do Centro Nacional de Primatas (CENP). (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

Art. 27. A COMPIS se reunirá, em caráter ordinário, duas vezes ao ano e em caráter extraordinário, sempre que convocado por seu Coordenador. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

§ 1º O quórum de reunião e deliberação da COMPIS é de maioria simples. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

§ 2º Cada um dos órgãos e entidades, representados na COMPIS, terá direito a um voto ordinário. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

§ 3º Além do voto ordinário, o Coordenador da COMPIS terá o voto de qualidade em caso de empate. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 28. Poderão participar das reuniões da COMPIS, como convidados especiais, sem direito a voto, pessoas de notório saber em assuntos relacionados à propriedade intelectual no âmbito da saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 29. Os membros da COMPIS que se encontrarem no Distrito Federal se reunirão presencialmente ou por meio de videoconferência, de acordo com a disponibilidade de cada membro, e os membros que se encontrarem em outros entes federativos participarão da reunião, preferencialmente, por meio de videoconferência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

Art. 30. A Coordenação-Geral de Inovação Tecnológica em Saúde (CGITS/DGITIS/SCTIE) prestará o apoio técnico, logístico e administrativo necessários ao desenvolvimento dos trabalhos da COMPIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)

~~**Art. 31.** A participação na COMPIS será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~

Art. 31. A participação na COMPIS e nos seus grupos de trabalho será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

~~**Art. 32.** A COMPIS elaborará relatório final sobre suas atividades, anualmente, que será encaminhado ao Ministro de Estado da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.466 de 16.09.2020)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 4.610 de 27.12.2022)

ANEXO 1 DO ANEXO XXVII

Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

PREFÁCIO

Políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, devem ser explicitadas de forma a:

- tornar públicas e expressas as intenções do Governo;

- permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular à discussão das propostas de Governo;

- orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades;

- funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis.

No âmbito do Ministério da Saúde, a formulação de políticas desenvolve-se mediante a adoção de metodologia apropriada baseada num processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em um modelo único e acabado.

Esse processo está representado, em especial, pela coleta e sistematização de subsídios básicos, interna e externamente ao Ministério, a partir dos quais é estruturado um documento inicial, destinado a servir de matéria-prima para discussões em diferentes instâncias.

Entre as instâncias consultadas estão os vários órgãos do próprio Ministério, os demais gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, os segmentos diretamente envolvidos com o assunto objeto da política e a população em geral, mediante a atuação do Conselho Nacional de Saúde, instância que, no nível federal, tem o imprescindível papel de atuar

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

"na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde", conforme atribuição que lhe foi conferida pela Lei nº 8.142/90.

A promoção das mencionadas discussões objetiva sistematizar as opiniões acerca da questão e recolher sugestões para a configuração final da política em construção, cuja proposta decorrente é submetida à avaliação e aprovação do Ministro da Saúde.

No nível da direção nacional do Sistema, a responsabilidade pela condução desse processo está afeta à Secretaria de Políticas de Saúde, a qual cabe identificar e atender as demandas por formulação ou reorientação de políticas. Cabe também à Secretaria promover ampla divulgação e operacionalizar a gestão das políticas consideradas estratégicas, além de implementar a sua contínua avaliação, visando, inclusive, ao seu sistemático aperfeiçoamento.

Paralelamente, deve-se ressaltar que a operacionalização das políticas formuladas exige o desenvolvimento de processo voltado à elaboração ou reorientação de planos, projetos e atividades, que permitirão conseqüência prática às políticas.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 60, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS - a "formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)".

O seu propósito precípuo é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A Política de Medicamentos aqui expressa tem como base os princípios e diretrizes do SUS e exigirá, para a sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal.

Esta Política concretiza metas do Plano de Governo, integra os esforços voltados à consolidação do SUS, contribui para o desenvolvimento social do País e orienta a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde.

Contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação - incluindo a regulamentação -, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda que outros insumos básicos na atenção à saúde, tais como imunobiológicos e hemoderivados, deverão ser objeto de políticas específicas. No caso particular dos produtos derivados do sangue, esta Política trata de aspectos concernentes a estes produtos, de que são exemplos questões relativas às responsabilidades dos três gestores do SUS e ao efetivo controle da qualidade.

2. JUSTIFICATIVA

O sistema de saúde brasileiro, que engloba estabelecimentos públicos e o setor privado de prestação de serviços, inclui desde unidades de atenção básica até centros hospitalares de alta complexidade. A importância e o volume dos serviços prestados pelo setor público de saúde no Brasil - composto pelos serviços estatais e privados conveniados ou contratados pelo SUS - podem ser verificados, por exemplo, no montante de atividades desenvolvidas em 1996, do qual constam a realização de 2,8 milhões de partos, 318 milhões de consultas médicas, 12 milhões de internações hospitalares, 502 milhões de exames e a aplicação de 48 milhões de doses de vacinas.

É indiscutível, portanto, a importância dos serviços de saúde, os quais constituem, ao lado de uma série de outros, fator de extrema importância para a qualidade de vida da população. Esses serviços representam, hoje, preocupação de todos os gestores do setor, seja pela natureza das práticas de assistência nele desenvolvidas, seja pela totalidade dos recursos por eles absorvidos.

A despeito do volume de serviços prestados pelo sistema de saúde, ainda há parcelas da população excluídas de algum tipo de atenção. Verifica-se, além disso, constantes mudanças no perfil epidemiológico que, atualmente, compreende doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos. Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônico degenerativas, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Além disso, emergem e reemergem outras doenças, tais como a cólera, a dengue, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS.

O envelhecimento populacional gera novas demandas, cujo atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e, certamente, a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sob esse enfoque, a política de medicamentos é, indubitavelmente, fundamental nessa transformação.

Deve se considerar, ainda, que modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos são influenciadas pelos indicadores demográficos, os quais têm demonstrado clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer.

Acarretando um maior consumo e gerando um maior custo social, tem-se novamente o processo de envelhecimento populacional interferindo sobretudo na demanda de medicamentos destinados ao tratamento de doenças crônico degenerativa, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Igualmente, adquire especial relevância o aumento da demanda daqueles de uso contínuo, corno é o caso dos utilizados no tratamento de doenças cardiovasculares, reumática, e da diabetes. Frise-se o fato de que é bastante comum, ainda, pacientes sofrerem de todas essas doenças simultaneamente.

Este cenário é também influenciado pela desarticulação da desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito de serviços da saúde. Em decorrência, observa-se, por exemplo, a falta de prioridades na adoção, pelo profissional médico, de produtos padronizados, constantes, da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME). Some-se a isso a irregularidade no abastecimento de medicamentos, no nível ambulatorial, o que diminui, em grande parte, a eficácia das ações governamentais no setor saúde.

O processo indutor uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, presentes na sociedade brasileira, são fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos requerendo, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo criativo tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário.

A produção e a venda de medicamento, devem enquadrar-se em um conjunto de leis, regulamentos e outros instrumentos legais direcionados para garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos produtos além dos aspectos atinentes a custos e preços de venda, em defesa do consumidor e dos programas de subsídio institucionais, tais como de compras de medicamentos, reembolsos especiais e planos de saúde.

Essa necessidade torna-se ainda mais significativa na medida em que o mercado farmacêutico brasileiro é um dos cinco maiores do mundo, com vendas que atingem 9,6 bilhões de dólares/ano. Em 1996, esse mercado gerou 47.100 empregos direto, e investimentos globais da ordem de 200 milhões de dólares. O setor é constituído por cerca de 480 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores.

Há, no País, cerca de 50 mil farmácias, incluindo as hospitalares e as homeopáticas, que comercializam 5.200 produtos, com 9.200 apresentações.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro, este pode ser dividido em três grupos: o primeiro, formado por aqueles com renda acima de 10 salários mínimos, que corresponde a 15 por cento da população, consome 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de 193,40 dólares per capita; o segundo, apresenta uma renda entre quatro e 10 salários mínimos, que corresponde a 34% da população, consome anualmente 36% do mercado e gasta, anualmente, em média 64,15 dólares per capita, o terceiro, tem renda de zero a quatro salários mínimos, que representa 51% da população, consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de 18,95 dólares per capita.

Nitidamente, a análise desse perfil do consumidor indica a necessidade de que a Política de Medicamentos confira especial atenção aos aspectos relativos ao uso racional, bem como à segurança, eficácia e qualidade dos produtos colocados à disposição da população brasileira.

3. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito sejam balizadas pelas diretrizes a seguir explicitadas.

3.1 Adoção de relação de medicamentos essenciais

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva.

O Ministério de Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

O fato de que a Relação Nacional, conforme assinalado acima, deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais favorecerá o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços.

Trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Visando maior veiculação, a RENAME deverá ser continuamente divulgada por diferentes meios, como a Internet, por exemplo, possibilitando, entre outros aspectos, a aquisição de medicamentos a preços menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema.

No processo de atualização contínua da RENAME, deverá ser dada ênfase ao conjunto dos medicamentos voltados para a assistência ambulatorial, ajustado, no nível local, às doenças mais comuns à população, definidas segundo prévio critério epidemiológico.

3.2 Regulamentação sanitária de medicamentos

Nesse contexto, serão enfatizadas, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância.

Para tanto, deverão ser utilizadas comissões técnicas e grupos assessores com a finalidade de respaldar e subsidiar as atividades de regulamentação e as decisões que envolvam questões de natureza científica e técnica.

A promoção do uso de medicamentos genéricos será, igualmente, objeto de atenção especial. Portanto, o gestor federal deverá identificar os mecanismos necessários para tanto, por exemplo, a adequação do instrumento legal específico. Essa adequação deverá contemplar aspectos essenciais que favoreçam a consolidação do uso dos genéricos, tais como:

a) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nos editais, propostas, contratos e notas fiscais bem como de exigências sobre requisitos de qualidade dos produtos;

b) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nas compras e licitações públicas de medicamentos realizadas pela Administração Pública;

c) a adoção de exigências específicas para o aviamento de receita médica ou odontológica, relativas à sua forma e à identificação do paciente e do profissional que a prescreve;

d) a apresentação da denominação genérica nas embalagens, rótulos, bulas, prospectos, textos e demais materiais de divulgação e informação médica.

As ações de vigilância sanitária serão gradualmente descentralizadas e transferidas à responsabilidade executiva direta de estados e municípios, com exceção do registro de medicamentos e autorização do funcionamento de empresas, que constituem papéis indelegáveis do gestor federal. Em todos os casos, deverá ser garantida a aplicação das normas existentes e a integração operacional do sistema, em todas as esferas.

3.3 Reorientação da assistência farmacêutica

O modelo de assistência farmacêutica será reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais.

A reorientação do modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, deverá estar fundamentada:

a) na descentralização da gestão;

b) na promoção do uso racional dos medicamentos;

c) na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público;

d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A assistência farmacêutica no SUS, por outro lado, englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação -, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

No tocante aos agravos e doenças cuja transcendência, magnitude e ou vulnerabilidade tenham repercussão na saúde pública, buscar-se-á a contínua atualização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Assim, o processo de descentralização em curso contemplará a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão. Essas responsabilidades ficam, dessa forma, inseridas na ação governamental, o que deverá assegurar o acesso da população a esses produtos. Para o Ministério da Saúde, a premissa básica será a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais.

O processo de descentralização, no entanto, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais. Essa decisão, adotada por ocasião das programações anuais, deverá ser precedida da análise de critérios técnicos e administrativos.

Inicialmente, a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos de forma centralizada deverá considerar três pressupostos básicos, de ordem epidemiológica, a saber:

a) doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;

b) doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;

c) doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

Após essa análise, a decisão deverá, ainda, observar critérios mais específicos, relativos a aspectos técnicos e administrativos, de que são exemplos:

a) o financiamento da aquisição e da distribuição dos produtos, sobretudo no tocante à disponibilidade de recursos financeiros;

b) o custo-benefício e o custo-efetividade da aquisição e distribuição dos produtos em relação ao conjunto das demandas e necessidades de saúde da população;

c) a repercussão do fornecimento e uso dos produtos sobre a prevalência ou incidência de doenças e agravos relacionados aos medicamentos fornecidos;

d) a necessidade de garantir apresentações de medicamentos, em formas farmacêuticas e dosagens adequadas, considerando a sua utilização por grupos populacionais específicos, como crianças e idosos.

É importante ressaltar que, independente da decisão por centralizar ou descentralizar a aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores. Essa cooperação envolverá a aquisição direta e a transferência de recursos, bem como a orientação e o assessoramento aos processos de aquisição - os quais devem ser efetivados em conformidade com a realidade epidemiológica, visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, priorizando os medicamentos essenciais e os de denominação genérica.

Nesse particular, o gestor federal, especialmente, em articulação com a área econômica, deverá identificar medidas com vistas ao acompanhamento das variações e índices de custo dos medicamentos, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo. Ainda com relação à articulação, a atuação conjunta com o Ministério da Justiça buscará coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos.

Essas decisões e a cooperação técnica referida serão viabilizadas por intermédio da articulação intergestores, concretizada, por exemplo, na instituição de grupo técnico-assessor integrado por representações das três esferas de gestão, responsável, principalmente, pela implementação do modelo de assistência farmacêutica a ser adotado, pactuado e submetido à Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

O Conselho Nacional de Saúde terá papel preponderante nesse processo, tendo em vista o acompanhamento da implementação da Política de Medicamentos, especialmente no tocante ao cumprimento das medidas pactuadas.

3.4 Promoção do uso racional de medicamentos

No que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos, atenção especial será concedida à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes.

Especial ênfase deverá ser dada, também, ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. Promover-se-á, da mesma forma, a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Além disso, terá importante enfoque a adoção de medicamentos genéricos, envolvendo a produção, a comercialização, a prescrição e o uso, mediante ação intersetorial, vez que esta iniciativa ultrapassa os limites do setor saúde, abrangendo outros ministérios e esferas de Governo, além da sociedade e das corporações profissionais. Nesse particular, é importante ressaltar que a farmácia deve ser considerada estabelecimento comercial diferenciado. Portanto, deve estar em absoluta conformidade com as definições constantes da Lei nº 8.080/90, bem como dispor da obrigatória presença do profissional responsável.

O Ministério da Saúde levará à discussão, no âmbito da Cúpula das Américas, uma proposta de utilização dos genéricos visando a consolidação do uso destes medicamentos pelos países da Região.

A propaganda de produtos farmacêuticos, tanto aquela direcionada aos médicos, quanto especialmente a que se destina ao comércio farmacêutico e à população leiga, deverá se enquadrar em todos os preceitos legais vigentes, nas diretrizes éticas emanadas do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos padrões éticos aceitos internacionalmente.

3.5 Desenvolvimento científico e tecnológíco

Será incentivada a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo.

Além disso, deverá ser continuado e expandido o apoio a pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando-se a certificação de suas propriedades medicamentosas.

Igualmente, serão estimuladas medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RENAME, e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País.

Esse processo exigirá uma ação articulada dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, entre outros, bem como a permanente cooperação técnica com organismos e agências internacionais.

A oferta de medicamentos está intrinsecamente relacionada com a pesquisa e o desenvolvimento, os quais, por sua vez, encerram aspectos relativos à estrutura e ao perfil industrial no Brasil, composto por três segmentos de produção: nacional público, nacional privado e de empresas de capital transnacional no setor - este último predominante no País. Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio do órgão responsável pela implementação da Política de Ciência e Tecnologia, estimular uma maior articulação das instituições de pesquisas e das universidades com o setor produtivo, a partir do estabelecimento de prioridades.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Igualmente, deverão ser implementados mecanismos que influenciem na formação e viabilizam o treinamento contínuo dos profissionais no que se refere ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda, a importância de o País dispor de instrumento estratégico para a divulgação dos avanços científicos que, além de expressar o nível de desenvolvimento alcançado, estabeleça os requisitos mínimos das matérias-primas e especialidades.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde deverá promover o processo de revisão permanente da Farmacopéia Brasileira, que constitui mecanismo de fundamental importância para as ações legais de vigilância sanitária e das relações de comércio exterior, tanto de importação, quanto de exportação.

3.6 Promoção da produção de medicamentos

Esforços serão concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAMB, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional).

A capacidade instalada dos laboratórios oficiais - que configura um verdadeiro patrimônio nacional - deverá ser utilizada, preferencialmente, para atender as necessidades de medicamentos essenciais, especialmente os destinados à atenção básica, e estimulada para que supra as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS.

O papel desses laboratórios é especialmente importante no que tange ao domínio tecnológico de processos de produção de medicamentos de interesse em saúde pública. Esses laboratórios deverão, ainda, constituir-se em uma das instâncias favorecedoras do monitoramento de preços no mercado, bem como contribuir para a capacitação dos profissionais.

Com referência aos medicamentos genéricos, o Ministério da Saúde, em ação articulada com os demais ministérios e esferas de Governo, deverá estimular a fabricação desses produtos pelo parque produtor nacional, em face do interesse estratégico para a sociedade brasileira, incluindo, também, a produção das matérias primas e dos insumos necessários para esses medicamentos.

Será também incentivada a produção de medicamentos destinados ao tratamento de patologias cujos resultados tenham impacto sobre a saúde pública ou que são adquiridos em sua quase totalidade pelo setor público.

Nesse sentido, deverão ser identificados e implementados mecanismos que possibilitem a eliminação da dependência, ao Governo Federal, dos laboratórios oficiais, a modernização dos seus sistemas de produção e o alcance de níveis de eficiência e competitividade, particularmente no que concerne aos preços dos produtos.

3.7 Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos

O processo para garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. Essas atividades, coordenadas em âmbito nacional pela Secretaria de Vigilância Sanitária, serão efetivadas mediante ações próprias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no cumprimento dos regulamentos concernentes às boas práticas de fabricação. Essa sistemática permitirá a concretização dos preceitos estabelecidos na Lei nº 8.080/90 e em legislações complementares.

Para o exercício dessas ações, a Secretaria de Vigilância Sanitária implementará e consolidará roteiros de inspeções aplicáveis à área de medicamentos e farmoquímicos. Definirá, desenvolverá e implantará sistemas de informação para o setor, envolvendo os três níveis de gestão, estabelecendo procedimentos e instrumentos de avaliação.

A reestruturação, a unificação e o reconhecimento nacional e internacional da Rede Brasileira de Laboratórios Analítico-Certificadores em Saúde REBLAS, no âmbito do sistema brasileiro de certificação, permitirão aos produtores testemunhar, voluntariamente, a qualidade dos seus produtos colocados no comércio, que são adquiridos pelos serviços de saúde e, ainda, a fiscalização e o acompanhamento da conformidade de medicamentos, farmoquímicos e insumos farmacêuticos.

Será promovida a sistematização do arcabouço legal existente, adequando-o aos princípios e diretrizes constitucionais e legais do SUS, bem como ao estágio atual do processo de descentralização da gestão.

3.8 Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

O contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programa, e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos deverão configurar mecanismos privilegiados de articulação intersetorial de modo a que o setor saúde possa dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade - cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

O componente recursos humanos deverá requerer atenção especial, sobretudo no tocante ao estabelecido pela Lei n° 8.080/90, em seu artigo 14 e parágrafo único, que definem que a formação e a educação continuada contemplarão uma ação intersetorial articulada. A Lei, inclusive, define como mecanismo fundamental a criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de "propor prioridades, métodos e estratégias".

Para o atendimento das necessidades e demandas relativas aos recursos humanos, decorrentes da operacionalização desta Política, o processo de articulação implementado pela Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, do Ministério da Saúde, compreenderá a abordagem de todos os aspectos inerentes às diretrizes aqui fixadas, em especial no que se refere à promoção do uso racional de medicamentos e a produção, comercialização e dispensação dos genéricos, bem como a capacitação em manejo de medicamentos. O trabalho conjunto com o Ministério da Educação e do Desporto, especificamente, deverá ser viabilizado, tendo em vista a indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde, sobretudo no tocante à qualificação nos campos da farmacologia e terapêutica aplicada.

Algumas diretrizes e prioridades contidas no texto desta Política explicitam as necessidades e demandas em termos de recursos humanos. Todavia, o desenvolvimento e a capacitação constituirão ações sistemáticas que permearão todas as medidas, iniciativas, programas e atividades dela decorrentes.

Cabe ressaltar, finalmente, que áreas estratégicas, de que é exemplo relevante a vigilância sanitária, cujas atribuições configuram funções típicas e exclusivas de Estado, serão objeto de enfoque particular, haja vista a crônica carência de pessoal capacitado na área, nas três esferas de gestão do SUS, o que exigirá, por parte dos gestores, estudos e medidas concretas voltadas para a recomposição e ou complementação adequada de quadros de pessoal especializado para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas.

4 PRIORIDADES

As diretrizes apresentadas no capítulo anterior comportam um conjunto de prioridades que configuram as bases para o alcance do propósito desta Política, bem como para a implementação das diferentes ações indispensáveis ao seu efetivo cumprimento.

4. 1. Revisão permanente da RENAME

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME, instrumento básico de racionalização no âmbito do SUS, com atualização contínua, representa medida indispensável haja vista que a seleção baseia-se nas prioridades

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos. Esse processo, coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, será desenvolvido mediante a participação dos demais órgãos do Ministério, Secretaria de Vigilância Sanitária e Secretaria de Assistência à Saúde e dos gestores estaduais e municipais, responsáveis pela implementação das ações que operacionalizam esta Política e de instituições científicas que atuam na área de medicamentos.

A RENAME será organizada consoante às patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do País. As apresentações dos produtos deverão assegurar as formas farmacêuticas e as dosagens adequadas para a utilização por crianças e idosos.

Cabe ressaltar que, como um dos mecanismos favorecedores da redução de preços dos medicamentos, a RENAME será sistemática e amplamente divulgada.

4.2. Assistência farmacêutica

Em conformidade com as diretrizes relativas à reorientação da assistência farmacêutica anteriormente explicitadas, especialmente no que se refere ao processo de descentralização, as três esferas de Governo assegurarão, nos seus respectivos orçamentos, os recursos para aquisição e distribuição dos medicamentos, de forma direta ou descentralizada.

Nesse contexto, a aquisição de medicamentos será programada pelos estados e municípios de acordo com os critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3 “Diretrizes”, tópico 3.3 deste documento. O gestor federal participa do processo de aquisição dos produtos mediante o repasse Fundo-a-Fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica.

No tocante a essa transferência, atenção especial deverá ser dada aos medicamentos destinados ao atendimento de esquemas terapêuticos continuados, aos que ratificam decisões e compromissos internacionais e àqueles voltados à assistência a pacientes de alto risco, como é o caso dos transplantados e renais crônicos.

A prioridade maior do Ministério da Saúde é a descentralização plena do processo de aquisição e distribuição de medicamentos. No entanto, para que as decisões acerca desse processo possam ser viabilizadas, deverá ser instituído um grupo tripartite, com atribuições específicas, que atuará junto ao setor responsável pela implementação da assistência farmacêutica no Ministério da Saúde.

A aquisição e a distribuição, pelo Ministério, dos produtos componentes da assistência farmacêutica básica serão substituídas pela transferência regular e automática, Fundo-a-Fundo, de recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica. Esses recursos serão utilizados prioritariamente para a aquisição, pelos municípios e sob a coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações.

O gestor estadual deverá coordenar esse processo no âmbito do estado, com a cooperação técnica do gestor federal, de forma a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do município, e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e dispensação.

Atenção especial deverá ser dada, também, a um outro grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços ao SUS e faturados segundo tabela definida pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a Secretaria a de Assistência à Saúde deverá viabilizar um estudo visando a revisão, atualização e ajuste diferenciado dos valores, considerando:

- o tempo decorrido desde o estabelecimento desses valores, quando da definição da composição de cada procedimento integrante da assistência hospitalar e ambulatorial, que levou em conta, naquela ocasião, um valor médio do custo de medicamentos para determinado grupo de patologias;

- o fato dos reajustes que vêm sendo efetivados levarem em conta somente o valor global do procedimento, e não o custo atualizado dos medicamentos vinculados aos mesmos.

O resultado do ajuste procedido deverá seguir o fluxo já estabelecido, ou seja, a pactuação na CIT e a aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

4.3. Promoção do uso racional de medicamentos

A promoção do uso racional de medicamentos envolverá, além da implementação da RENAME, em especial, as medidas a seguir indicadas.

4.3.1. Campanhas educativas

Serão desencadeadas campanhas de caráter educativo, buscando a participação das entidades representativas dos profissionais de saúde, com vistas a estimular o uso racional de medicamentos.

Caberá aos gestores do SUS em conjunto com entidades da sociedade civil organizada, responsabilizar-se por essa iniciativa.

4.3.2. Registro e uso de medicamentos genéricos

A promoção do uso de medicamentos genéricos será progressivamente levada a efeito, respaldada nos seguintes pontos:

a- estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos;

b- estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade;

c- levantamento e utilização da infra-estrutura e da capacidade do País para II realização de estudos de bioequivalência disponível na rede de laboratórios;

d- identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos;

e- estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o Território Nacional.

4.3.3. Formulário Terapêutico Nacional

Deverá ser elaborado e amplamente divulgado o Formulário Terapêutico Nacional, instrumento importante para a orientação da prescrição e dispensação dos medicamentos, por parte dos profissionais de saúde, e para a racionalização do uso destes produtos. O Formulário conterá todas as informações relativas aos medicamentos, inclusive quanto à sua absorção e ação no organismo.

4.3.4. Farmacoepidemiologia e farmacovigilância

As ações de farmacovigilância, além de tratar dos efeitos adversos, serão utilizadas, também, para assegurar o uso racional dos medicamentos. Para tanto, deverão ser desenvolvidos estudos, análises e avaliações decorrentes dessas ações, de modo a reorientar procedimentos relativos a registros, formas de comercialização, prescrição e dispensação dos produtos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Quanto à farmacoepidemiologia, deverão ser incentivados estudos sobre a utilização de produtor como forma de contribuir para o uso racional de medicamentos.

4.3.5. Recursos humanos

Será estimulado, por intermédio de diferentes mecanismos de articulação intersetorial, o acesso do profissional a conhecimentos e treinamentos voltados ao desenvolvimento de habilidades específicas, como aquelas relacionadas ao gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, guias terapêuticos padronizados e farmacovigilância.

Além disso, buscar-se-é promover a educação continuada dos profissionais de saúde sobre farmacologia e terapêutica aplicada e outros aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos, bem como no manejo dos produtos, além da disseminação de informações objetivas e atualizadas.

4.4. Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos

A Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, será responsável pela coordenação e monitoramento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em articulação com estados e municípios, de forma a estabelecer claramente as medidas que atendam à estratégia da descentralização e o financiamento das ações.

A organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos terá por base a implementação do Sistema referido quanto às questões relativas a medicamentos. Nesse sentido, faz-se necessário desenvolver processo de reestruturação da área de vigilância sanitária na esfera federal, visando, especialmente, a sua revitalização, a flexibilização de procedimentos e a busca por maior consistência técnico-científica no estabelecimento das bases de sua intervenção, o que poderá ser viabilizado, por exemplo, mediante a composição de grupos assessores integrados por representações de diferentes setores, como a academia, os serviços e o setor privado.

Na implementação dessa prioridade, deverão ser considerados, em especial, os aspectos identificados a seguir.

4.4.1. Desenvolvimento e elaboração de procedimentos operacionais sistematizados

Os procedimentos próprios da Vigilância Sanitária serão periodicamente revisados, sistematizados e consolidados em manuais técnico-normativos, roteiros, modelos e instruções de serviço, viabilizando-se, ainda, ampla divulgação. Nesse contexto, aplica-se, inclusive, a revisão dos procedimentos relativos ao registro de medicamentos de marca e similares. A adoção desses instrumentos concorrerá para a equalização e a agilização das atividades e tarefas a serem cumpridas, quer as de natureza técnico-normativa, quer as de caráter administrativo, de que são exemplos: o registro de produtos, as inspeções em linhas de produção, a fiscalização e a farmacovigilância.

4.4.2. Treinamento de pessoal do Sistema de Vigilância Sanitária

O treinamento em serviço recurso efetivo para as mudanças e adequações a serem introduzidas no modelo de atuação da vigilância sanitária - deverá buscar a incorporação:

a- dos recentes avanços tecnológicos do setor, inclusive os da informatização do Sistema de Vigilância Sanitária;

b- da metodologia convalidada de controle e de sistematização dos procedimentos técnicos e operacionais;

c- aos esquemas apropriados de inspeção preventiva em linhas de produção, de serviços e de desembaraço alfandegário sanitário, bem como os de amostragem e coleta de material para o controle de qualidade referencial.

4.4.3. Consolidação do sistema de informação em vigilância sanitária

O aprimoramento do desempenho das ações de vigilância sanitária terá como ponto importante a consolidação do sistema de informação, que deverá compreender, principalmente:

a- produtos registrados, sua composição, indicações principais e formas de comercialização;

b- vigilância de medicamentos (farmacovigilâncla);

c- produtos retirados do mercado e justificativas correspondentes;

d- ensaios clínicos;

e- normas e regulamentos atinentes à determinação do grau de risco de medicamentos e farmoquímicos;

f- registros e regulamentos da qualidade dos produtos de comercialização autorizada e empresas;

g- controle da comercialização e uso de produtos psicotrópicos e entorpecentes, inclusive nas farmácias magistrais;

h- controle da propaganda dos medicamentos de venda livre;

a) regulamentação e controle da propaganda realizada pelos fabricantes de medicamentos junto aos prescritores, de modo a resguardarem-se os padrões éticos.

5. RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GOVERNO NO ÂMBITO DO SUS

No que respeita às funções de Estado, os gestores, em cumprimento aos princípios do SUS, atuarão no sentido de viabilizar o propósito desta Política de Medicamentos, qual seja, o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade aos medicamentos, a promoção. do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

5.1. Articulação intersetorial

Caberá, no tocante à implementação desta Política, uma atuação que transcende os limites do setor saúde, conforme já referido anteriormente, voltado para a articulação intersetorial, sobretudo com as áreas envolvidas na questão medicamentos, que deverá ser efetivada nas diferentes instâncias do SUS.

No âmbito federal, de forma específica, a articulação promovida pelo Ministério da Saúde ocorrerá com várias instituições e organizações, conforme exemplificado a seguir.

a) Ministério da Justiça

A articulação com esse Ministério terá por finalidade efetivar medidas no sentido de coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos, com base nas Leis Antitruste, da Livre Concorrência e de Defesa do Consumidor.

b) Ministérios da área econômica

A articulação com os ministérios da área econômica estará voltada para o acompanhamento das variações dos índices de custo dos medicamentos essenciais, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo, no sentido de preservar a capacidade de aquisição dos produtos, por parte da população, de forma direta ou indireta (subsídio governamental, seguro de saúde).

Deverá, além disso, buscar o encaminhamento das questões relativas ao financiamento das ações inseridas na operacionalização desta Política e que incluam, nos termos da lei, as respectivas participações dos governos estaduais e municipais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

c) Ministério da Educação e do Desporto

A articulação com esse Ministério visará o desenvolvimento de ações, junto aos professores, pais e alunos, relativas ao uso correto dos medicamentos, bem como a reorientação dos currículos de formação dos profissionais de saúde.

d) Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Ciência e Tecnologia e agências internacionais

A articulação do Ministério da Saúde com essas instituições buscará o estabelecimento de mecanismos e compromissos que viabilizem o fomento à cooperação técnica, científica e tecnológica.

5.2. Gestor federal

Caberá ao Ministério da Saúde, fundamentalmente, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Medicamentos, ressaltando-se como responsabilidades:

a) prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos;

b) estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de Governo;

c) apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

d) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

e) incentivar a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;

f) promover a dinamização de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico;

g) promover a disseminação de experiências e de informações técnico-científicas;

h) implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento desta Política;

i) coordenar e monitorar os sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

j) promover a reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária, dotando-a das condições necessárias ao cumprimento das responsabilidades do gestor federal, especialmente no tocante à garantia da segurança e qualidade dos medicamentos;

k) promover a sistematização do arcabouço legal da vigilância sanitária, adequando-o aos princípios e diretrizes do SUS e ao atual momento da descentralização da gestão;

l) promover a atualização da legislação de vigilância sanitária;

m) implementar atividades de controle da qualidade de medicamentos;

n) promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e a sua divulgação, inclusive via Internet;

o) promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;

p) promover a atualização permanente da Farmacopéia Brasileira;

q) acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos, em especial daqueles constantes da RENAME;

r) destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo;

s) criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;

t) promover a revisão, atualização e ajuste diferenciado do grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela;

u) adquirir e distribuir produtos em situações especiais, identificadas por ocasião das programações tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, "Diretrizes", tópico 3.3. deste documento;

v) orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

x) orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.

5.3. Gestor estadual

Conforme disciplinado na Lei nº 8.080/90, cabe à direção estadual do SUS, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

Nesse sentido, constituem responsabilidades da esfera estadual:

a) coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta Política;

b) promover a formulação da política estadual de medicamentos;

c) prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica;

d) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu âmbito;

e) apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

f) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

g) assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;

h) participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulações farmacêuticas;

i) investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da assistência farmacêutica;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

j) coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

k) implementar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;

l) definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;

m) definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, "Diretrizes" , tópico 3.3. deste documento e destinando orçamento adequado à sua aquisição;

n) utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;

o) investir em infra-estrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;

p) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda; .

q) orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

r) coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais.

5.4. Gestor municipal

No âmbito municipal, caberá à Secretaria de Saúde ou ao organismo correspondente as seguintes responsabilidades:

a) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;

b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;

c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

d) treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;

e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

f) implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;

g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;

h) definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;

i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;

j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;

k) utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;

l) investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;

m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O propósito desta Política Nacional de Medicamentos será objeto de contínua avaliação, mediante metodologias e indicadores definidos em projeto específico, a ser formulado pela Secretaria de Políticas de Saúde, a quem cabe, também, a responsabilidade da implementação do processo de elaboração ou reorientação de programas, projetos e atividades, de modo a adequá-los às diretrizes e prioridades aqui fixadas.

A principal finalidade da avaliação será conhecer a repercussão da Política de Medicamentos na saúde da população, dentro de uma visão sistêmica e intersetorial, verificando, também, em que medida estão sendo consolidados os princípios e diretrizes do SUS.

Com isso, para além do enfoque meramente operacional, verificar-se-á como estão sendo considerados e consolidados os princípios acima referidos, constantes na Lei nº 8.080/90, de que são exemplos, entre outros:

a) “a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;"

b) "a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;"

c) "a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo."

Além disso, buscar-se-á avaliar resultados e impactos da Política de Medicamentos em termos, por exemplo, de eficiência, cobertura e qualidade. Para essa avaliação, deverão ser definidos parâmetros e indicadores que serão periodicamente monitorados, cujos resultados orientarão a adoção das medidas corretivas necessárias, tanto em relação às linhas gerais da própria Política quanto em termos de redirecionamento de ações a ela vinculadas, tais como a farmácia básica.

Os resultados auferidos pelos programas, projetos e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos, os quais estão sob a responsabilidade de diferentes órgãos do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, constituirão, na verdade, os principais insumos básicos para o processo de acompanhamento e avaliação desta Política. A sistematização desses resultados e sua divulgação serão, da mesma forma, de responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde.

A Secretaria, por outro lado, deverá apoiar os órgãos do Ministério e as demais instâncias do SUS na identificação e aferição de metodologias e indicadores capazes de mensurar a efetividade e a eficiência de componentes-chave de cada uma das prioridades aqui definidas, incluindo-se aqueles preconizados pela Organização Mundial da Saúde.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política implicará, necessariamente, não só o envolvimento dos órgãos do Sistema e dos outros setores aqui identificados, como, também, diferentes segmentos da sociedade que direta ou indiretamente lidam com a questão medicamentos.

7. TERMINOLOGIA

1. Assistência ambulatorial	Conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde.
2. Assistência farmacêutica	Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade.Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente, da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.
3. Automedicação	Uso de medicamentos sem a prescrição, orientação e ou acompanhamento do médico ou dentista.
4. Biodisponibilidade	Medida da quantidade de medicamento, contida em uma fórmula farmacêutica, que chega à circulação sistêmica e da velocidade na qual ocorre esse processo.A biodisponibilidade se expressa em relação à administração intravenosa do princípio ativo (biodisponibilidade absoluta) ou a administração, por via oral, de um produto de referência (biodisponibilidade relativa ou comparativa).A biodisponibilidade de um medicamento não deve ser confundida com a fração biodisponível, a menos que se refira à biodisponibilidade absoluta.
5. Bioequivalência	Condição que se dá entre dois produtos farmacêuticos que são equivalentes farmacêuticos e que mostram uma mesma ou similar biodisponibilidade segundo uma série de critérios. Para tanto, dois produtos farmacêuticos devem considerar-se como equivalentes terapêuticos.
6. Centrais farmacêuticas	Almoxarifados centrais de medicamentos, geralmente na esfera estadual, onde é feita a estocagem e produção para hospitais, ambulatórios e postos de saúde.
7. Dispensação	É o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento.São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.
8. Doenças crônico degenerativas	Doenças que apresentam evolução de longa duração, acompanhada de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano.
9. Doenças prevalentes	Doenças com maior número de casos existentes em função da população de uma região geográfica determinada.
10. Eficácia do medicamento	A capacidade de o medicamento atingir o efeito terapêutico visado.
11. Equivalência in vitro	Condições em que dois ou mais medicamentos, ou fármacos, exercem o mesmo efeito farmacológico, quantitativamente em cultivos de células.
12. Ensaios clínicos	Qualquer pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.
13. Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)	São aqueles relacionados com comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes; complementarmente, tem-se os estudos de farmacovigilância e os ensaios clínicos.
14. Expectativa de vida ao nascer	É o tempo que seria esperado para um recém-nascido poder viver, em média.
15. Farmácias magistrais	Farmácias autorizadas a manipular medicamentos, inclusive o que contém psicotrópicos ou entorpecentes, cuja atividade requer autorização especial de funcionamento expedido pelo órgão competente do Ministério da Saúde.
16. Farmacopéia brasileira	Conjunto de normas e monografias de farmoquímicos, estabelecido por e para um país.
17. Fármacos	Substância química que é o princípio ativo do medicamento.
18. Farmacoepidemiologia	Aplicação do método e raciocínio epidemiológico no estudo dos efeitos – benéficos ou adversos – e do uso de medicamentos em populações humanas.
19. Farmacoterapia	A aplicação dos medicamentos na prevenção ou tratamento de doenças.
20. Farmacovigilância	Identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, do risco do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos.
21. Farmoquímicos	Todas as substâncias ativas ou inativas que são empregadas na fabricação de produtos farmacêuticos
22. Forma de comercialização	Forma na qual o medicamento é vendido: supositório, comprimido, cápsulas.
23. Formulação farmacêutica	Relação quantitativa de farmoquímicos que compõem um medicamento.
24. Formulário terapêutico nacional	Documento que reúne os medicamentos disponíveis em um país e que apresenta informações farmacológicas destinadas a promover o uso efetivo, seguro e econômico destes produtos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

25. Guias terapêuticos padronizados	Coleção de roteiros terapêuticos preconizados para doenças diversas.
26. Hemoderivados	Medicamentos produzidos a partir do sangue humano ou de suas frações.
27. Indicadores demográficos	Representação dos aspectos não sujeitos à observação direta relativa a dados populacionais.
28. Insumos farmacêuticos	Qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento.
29. Lei antitruste	Regra de direito destinada a evitar que várias empresas se associem e, assim, passem a constituir uma única, acarretando o monopólio de produtos e ou de mercado.
30. Medicamento	Produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.
31. Medicamentos de dispensação em caráter excepcional	Medicamentos utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos.
32. Medicamentos de uso contínuo	São aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente.
33. Medicamentos essenciais	São os medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população.
34. Medicamentos genéricos	São aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominações Comuns Brasileiras ou DCB).
35. Medicamentos de interesse em saúde pública	São aqueles utilizados no controle de doenças, que, em determinada comunidade, tem magnitude, transcendência ou vulnerabilidade relevante e cuja estratégias básica de combate é o tratamento dos doentes.
36. Medicamentos para a atenção básica	Produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde.
37. Medicamentos tarjados	São os medicamentos cujo uso requer a prescrição do médico ou dentista e que apresentam, em sua embalagem tarja (vermelha ou preta) indicativa desta necessidade.
38. Medicamentos de venda livre	São aqueles cuja dispensação não requerem autorização, ou seja, receita expedida por profissional.
39. Módulo-padrão de suprimento	Elenco de medicamentos repassado por um nível de gestão a outro para abastecer os serviços de saúde compreendidos no sistema estadual ou municipal.
40. Morbimortalidade	Impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população,
41. Perfil epidemiológico	Estado de saúde de uma determinada comunidade.
42. Perfil nosológico	Conjunto de doenças prevalentes e ou incidentes em uma determinada comunidade.
43. Piso da Atenção Básica (PAB)	Montante de recursos financeiros, da esfera federal, destinado ao custeio de procedimentos e ações compreendidos na atenção básica.
44. Prescrição	Ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica.
45. Prescritores	Profissionais de saúde credenciados para definir o medicamento a ser usado (médico ou dentista).
46. Produtos psicotrópicos	Substâncias que afetam os processos mentais e podem produzir dependência.
47. Propaganda de produtos farmacêuticos	É a divulgação do medicamento promovida pela indústria, com ênfase na marca, e realizada junto aos prescritores, comércio farmacêutico e população leiga.
48. Protocolos de intervenção farmacêutica	Roteiros de indicação e prescrição, graduados de acordo com as variações e a gravidade de cada afecção.
49. Registro de medicamentos	Ato privativo ao órgão competente do Ministério da Saúde destinado a conceder o direito de fabricação do produto.
50. Uso racional de medicamentos	É o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

ANEXO 2 DO ANEXO XXVII

Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Anexo 1)

DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS

1.INTRODUÇÃO

Tomando como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, foram concebidas diretrizes e relacionadas estratégias, objetivando organizar, fortalecer e aprimorar as ações da assistência farmacêutica em hospitais, tendo como eixos estruturantes, a segurança e a promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde.

O gerenciamento inadequado e o uso incorreto de medicamentos e de outras tecnologias em saúde acarretam sérios problemas à sociedade, ao SUS, e às instituições privadas (hospitais, clínicas, operadoras de planos de saúde, entre outros), gerando aumento da morbimortalidade, elevação dos custos diretos e indiretos, e prejuízos à segurança e à qualidade de vida dos usuários. Estas diretrizes reúnem elementos necessários à efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população, otimizando resultados clínicos, econômicos e aqueles relacionados à qualidade de vida dos usuários.

A elaboração deste conjunto de diretrizes e estratégias foi fruto de amplo processo de discussão participativa, entre gestores do Sistema Único de Saúde - SUS (MS, CONASS e CONASEMS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR).

2. ABRANGÊNCIA

Estas diretrizes e estratégias são aplicáveis às farmácias em hospitais que integram o serviço público, da administração direta e indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de entidades privadas com ou sem fins lucrativos e filantrópicos.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Farmácia hospitalar: é a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

3.2. Tecnologias em saúde: Conjunto de equipamentos, de medicamentos, de insumos e de procedimentos, utilizados na prestação de serviços de saúde, bem como das técnicas de infraestrutura desses serviços e de sua organização. Para efeito desta norma será dada ênfase a medicamentos, produtos para saúde (exceto equipamentos médico-assistenciais), produtos de higiene e saneantes.

3.3. Plano de contingência: plano que descreve as medidas a serem tomadas, em momento de risco, por um estabelecimento de saúde, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer em que os processos vitais voltem a funcionar plenamente, ou num estado minimamente aceitável, o mais rapidamente possível, evitando paralisação prolongada que possa gerar danos aos pacientes ou prejuízos financeiros à instituição.

3.4. Gerenciamento de risco: aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de risco.

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

4. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a serviços farmacêuticos de qualidade em hospitais, ficam estabelecidas as seguintes diretrizes:

4.1. Gestão;

4.2. Desenvolvimento de ações inseridas na atenção integral à saúde:

Gerenciamento de tecnologias: distribuição, dispensação e controle de medicamentos e de outros produtos para a saúde;

Manipulação: manipulação magistral e oficinal; preparo de doses unitárias e unitarização de doses de medicamentos; manipulação de nutrição parenteral e manipulação de antineoplásicos e radiofármacos; e

Cuidado ao paciente.

4.3. Infraestrutura física, tecnológica e gestão da informação;

4.4. Recursos humanos;

4.5. Informação sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde; e

4.6. Ensino, pesquisa e educação permanente em saúde.

4.1. GESTÃO

São objetivos principais da gestão da farmácia hospitalar: garantir o abastecimento, dispensação, acesso, controle, rastreabilidade e uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde; assegurar o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais que permitam monitorar a utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde; otimizar a relação entre custo, benefício e risco das tecnologias e processos assistenciais; desenvolver ações de assistência farmacêutica, articuladas e sincronizadas com as diretrizes institucionais; e participar ativamente do aperfeiçoamento contínuo das práticas da equipe de saúde;

Para o adequado desempenho das atividades da farmácia hospitalar, sugere-se aos hospitais que: (i) provenham estrutura organizacional e infraestrutura física que viabilizem as suas ações, com qualidade, utilizando modelo de gestão sistêmico, integrado e coerente, pautado nas bases da moderna administração, influenciando na qualidade, resolutividade, e custo da assistência, com reflexos positivos para o usuário, estabelecimentos e sistema de saúde, devidamente aferidos por indicadores; (ii) considerem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente, bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde como referência, para a seleção de medicamentos; (iii) promovam programa de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares; (iv) incluam a farmácia hospitalar no plano de contingência do estabelecimento; e (v) habilitem a efetiva participação do farmacêutico, de acordo com a complexidade do estabelecimento, nas Comissões existentes, tais como: Farmácia e

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Terapêutica, Comissão Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e outras que tenham interface com a assistência farmacêutica hospitalar

Para o acompanhamento das principais atividades da farmácia em hospitais, recomenda-se a adoção de indicadores de gestão, logísticos, de assistência ao paciente e de educação.

4.2. DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INSERIDAS NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Dentro da visão da integralidade do cuidado, a farmácia hospitalar, além das atividades logísticas tradicionais, deve desenvolver ações assistenciais e técnico-científicas, contribuindo para a qualidade e racionalidade do processo de utilização dos medicamentos e de outros produtos para a saúde e para a humanização da atenção ao usuário. Esta atividade deve ser desenvolvida, preferencialmente, no contexto multidisciplinar, privilegiando a interação direta com os usuários.

As ações do farmacêutico hospitalar devem ser registradas de modo a contribuírem para a avaliação do impacto dessas ações na promoção do uso seguro e racional de medicamentos e de outros produtos para a saúde.

O elenco de atividades farmacêuticas ofertadas depende da complexidade dos hospitais, bem como da disponibilidade de tecnologia e recursos humanos.

Entre as atividades que podem ser desenvolvidas destacam-se:

A) GERENCIAMENTO DE TECNOLOGIAS: A farmácia hospitalar deve participar do gerenciamento de tecnologias, englobando a qualificação de fornecedores, armazenamento, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos, outros produtos para a saúde, produtos de higiene e saneantes usados pelos pacientes, em atendimento pré-hospitalar, pré-hospitalar de urgência e emergência, hospitalar (internamento e ambulatorial) e domiciliar, bem como pelo fracionamento e preparo de medicamentos. As políticas e procedimentos que regulam essas atividades devem ser estabelecidos com a participação da equipe multiprofissional e comissões assessoras.

B) DISTRIBUIÇÃO E DISPENSAÇÃO: A implantação de um sistema racional de distribuição de medicamentos e de outros produtos para a saúde deve ser priorizada pelo estabelecimento de saúde e pelo farmacêutico, de forma a buscar processos que garantam a segurança do paciente, a orientação necessária ao uso racional do medicamento, sendo recomendada a adoção do sistema individual ou unitário de dispensação. No contexto da segurança, a avaliação farmacêutica das prescrições, deve priorizar aquelas que contenham antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos, observando concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação. Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ao atendimento da mesma, ou à manipulação da formulação prescrita, observando a aplicação dos fatores de conversão, correção e equvalência, quando aplicável, sendo apostos e assinado pelo farmacêutico.

Para promover o Uso Racional de Medicamentos e ampliar a adesão ao tratamento o estabelecimento, em conformidade com a complexidade das ações desenvolvidas, deve dispor de local para o atendimento individualizado e humanizado ao paciente em tratamento ambulatorial e/ou em alta hospitalar.

C) MANIPULAÇÃO

C.1) MANIPULAÇÃO MAGISTRAL E OFICINAL: A manipulação magistral e oficinal permite a personalização da terapêutica, utilização de sistemas seguros de dispensação de medicamentos (individual ou unitário), a racionalização de custos, sendo recomendada, sempre que necessária a sua utilização em hospitais, em sintonia com os dispositivos legais que regulam a matéria.

C.2) PREPARO DE DOSES UNITÁRIAS E UNITARIZAÇÃO DE DOSES DE MEDICAMENTOS: A unitarização de doses e o preparo de doses unitárias de medicamentos compreendem o fracionamento, a subdivisão e a transformação de formas farmacêuticas. O preparo de doses unitárias e a unitarização de doses contribui para a redução de custos, devendo ser garantida a rastreabilidade, por meio de procedimentos definidos e registro. Deve existir plano de prevenção de trocas ou misturas de medicamentos em atendimento à legislação vigente.

C.3) MANIPULAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL: A manipulação de nutrição parenteral realizada em hospitais compreende operações inerentes a preparação (avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e orientações para o transporte). A equipe multiprofissional de terapia nutricional deve realizar a monitorização do uso da nutrição parenteral mantendo registro sistematizado das suas ações e intervenções.

C.4) MANIPULAÇÃO DE ANTINEOPLÁSICOS E RADIOFÁRMACOS: A manipulação de antineoplásicos e radiofármacos realizada em hospitais requer a análise das prescrições previamente à manipulação, a verificação do disposto nos protocolos clínicos, e a observação das doses máximas diárias e cumulativas, com foco na biossegurança e uso seguro pelo paciente.

No desenvolvimento destas atividades o farmacêutico deverá antes da realização da manipulação, sanar todas as dúvidas, diretamente com o prescritor, mantendo registro sistematizado das análises realizadas, problemas identificados e intervenções; monitorar os pacientes em uso destes medicamentos e notificar queixas técnicas e eventos adversos.

D) CUIDADO AO PACIENTE: O cuidado ao paciente objetiva contribuir para a promoção da atenção integral à saúde, à humanização do cuidado e à efetividade da intervenção terapêutica. Promove, também, o uso seguro e racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde e reduz custos decorrentes do uso irracional do arsenal terapêutico e do prolongamento da hospitalização. Tem por função retroalimentar os demais membros da equipe de saúde com informações que subsidiem as condutas. A atividade do farmacêutico no cuidado ao paciente pressupõe o acesso a ele e seus familiares, ao prontuário, resultados de exames e demais informações, incluindo o diálogo com a equipe que assiste o paciente.

O farmacêutico deve registrar as informações relevantes para a tomada de decisão da equipe multiprofissional, bem como sugestões de conduta no manejo da farmacoterapia, assinando as anotações apostas.

Os hospitais devem adotar práticas seguras baseadas na legislação vigente, em recomendações governamentais, e em recomendações de entidades científicas e afins, nacionais e internacionais.

4.3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO, INFRAESTRUTURA FÍSICA E TECNOLÓGICA: A gestão da informação reveste-se de fundamental importância no desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, devendo-se empreender esforços para possibilitar a sua realização.

A infraestrutura física e tecnológica é entendida como a base necessária ao pleno desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, sendo um fator determinante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, devendo ser mantidas em condições adequadas de funcionamento e segurança. A infraestrutura física para a realização das atividades farmacêuticas deve ser compatível com as atividades desenvolvidas, atendendo às normas vigentes.

A localização da farmácia deve facilitar o abastecimento e a provisão de insumos e serviços aos pacientes, devendo contar com meios de transporte internos e externos adequados, em quantidade e qualidade à atividade, de forma a preservar a integridade dos medicamentos e demais produtos para a saúde, bem como a saúde dos trabalhadores.

4.4. RECURSOS HUMANOS: A farmácia em hospitais deve contar com farmacêuticos e auxiliares, necessários ao pleno desenvolvimento de suas atividades, considerando a complexidade do hospital, os serviços ofertados, o grau de informatização e mecanização, o horário de funcionamento, a segurança para o trabalhador e usuários.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A responsabilidade técnica da farmácia hospitalar é atribuição do farmacêutico, inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição, nos termos da legislação vigente. A farmácia hospitalar deve promover ações de educação permanente dos profissionais que atuam no hospital, nos temas que envolvam as atividades por elas desenvolvidas.

Os hospitais devem direcionar esforços para o fortalecimento dos recursos humanos da farmácia hospitalar, com foco na adoção de práticas seguras na assistência e cuidados de saúde, bem como propiciar a realização de ações de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares.

ANEXO XXVIII

Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Origem: PRT MS/GM 1653/2004)

TÍTULO I

DO ASSESSORAMENTO TÉCNICO PARA PACTUAÇÃO

CAPÍTULO I

DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS BASES DAS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS, DAQUELES DESTINADOS À ATENÇÃO BÁSICA, BEM COMO DAS AÇÕES INERENTES À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 1º Fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases das possíves pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos essenciais e daqueles destinados à atenção básica, bem como das ações inerentes de assistência farmacêutica, assim como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º)

I - analisar, negociar e sugerir ao Ministro da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; e (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º, I)

II - coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados e aos municípios visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população atendida pelo Programa referido no art. 1º, bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º, II)

Art. 2º A Câmara Técnica terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante do Gabinete do Ministro (GM), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, V)

CAPÍTULO II

DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AO SUPRIMENTO DE MEDICAMENTOS INTEGRANTES DO PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

Art. 3º Fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases da possíveis pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos integrantes do Programa de Medicamentos Estratégicos, às ações inerentes de assistência farmacêutica, bem como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º)

I - analisar, negociar e sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, I)

II - definir os critérios para inclusão ou exclusão de medicamentos no Programa referido no art. 3º, bem como os respectivos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, quando for o caso; e (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, II)

III - coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população atendida pelo Programa referido no art. 3º, bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, III)

Art. 4º A Câmara Técnica referida terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante do Gabinete do Ministro (GM), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, V)

CAPÍTULO III

DO COMITÊ NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

~~**Art. 5º** Fica instituído o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 1º)~~

Art. 5º Fica recriado o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, no âmbito do Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 6º** O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos possui caráter consultivo e tem por finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 2º)~~

Art. 6º O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos possui caráter consultivo e propositivo e tem por finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 7º Compete ao Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º)

I - identificar e propor estratégias e mecanismos de articulação, monitoramento e avaliação direcionados à promoção do uso racional de medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, I)

II - propor diretrizes e estratégias nacionais para a promoção do uso racional de medicamentos, em consonância com as políticas nacionais de medicamentos, de assistência farmacêutica e legislação afim; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, II)

III - identificar e propor estratégias que requeiram a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, III)

IV - contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, IV)

~~**V -** propor o aprimoramento de marcos regulatórios e de vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

VI - propor diretrizes e colaborar com a consolidação das ações de farmacovigilância no âmbito da Assistência Farmacêutica e do SNVS; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VI)

~~**VII -** propor o Plano de Capacitação de Profissionais de Saúde para o Uso Racional de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VII)~~

VII - propor diretrizes para a capacitação de profissionais de saúde sobre o uso racional de medicamentos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

VIII - promover a integração e a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, em território nacional cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VIII)

IX - propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimentos científico, tecnológico e profissional relacionados ao uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, IX)

X - propor o estabelecimento e a articulação de redes colaborativas existentes no país e no exterior relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos, bem como a sua integração e cooperação; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, X)

~~**XI -** propor a criação e a implementação de comitês estaduais, distrital, regionais e municipais para a promoção do uso racional de medicamentos, observadas as regras de pactuação e decisão no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XI)~~

XI - incentivar e apoiar a criação e a implementação de comitês estaduais, distrital, regionais e municipais para a promoção do uso racional de medicamentos, observadas as regras de pactuação e decisão no âmbito do SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**XII -** instituir grupos de trabalho para execução de atividades específicas relacionadas ao cumprimento das finalidades do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

XIII - elaborar anualmente o edital do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos "Lenita Wannmacher"; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XIII)

XIV - organizar, a cada 2 (dois) anos, o Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XIV)

~~**XV -** elaborar anualmente o Planejamento de Ações do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**XVI -** atualizar seu endereço eletrônico na internet, integrante do Portal da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço http://portal.saude.gov.br; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XVI)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

XVII - elaborar documentos técnicos e informativos para divulgação ao público externo. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XVII)

XVIII - elaborar e aprovar o seu regimento interno; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

XIX - dar publicidade à composição, ao regimento interno, às reuniões, às proposições e aos atos do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, por meio do endereço eletrônico do Ministério da Saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

XX - encaminhar relatórios anuais das atividades do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos ao Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

Art. 8º O Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos é composto por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I)

~~**a)** 1 (um) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, a)~~

a) 1 (um) da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

b) 1 (um) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, b)

~~**c)** 1 (um) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, c)~~

c) 1 (um) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

d) 1 (um) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, d)

~~**e)** 1 (um) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, e)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

e) 1 (um) da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES/MS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

f) 1 (um) da Secretaria-Executiva (SE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, f)

g) 1 (um) da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, g)

II - 1 (um) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, II)

~~**III -** 1 (um) do Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, III)~~

III - 1 (um) da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

IV - 1 (um) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, IV)

V - 1 (um) do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, V)

~~**VI -** 1 (um) da Federação Nacional dos Médicos (FENAM); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VI)~~

VI - 1 (um) do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

VII - 1 (um) do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VII)

VIII - 1 (um) do Conselho Federal de Farmácia (CFF); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VIII)

IX - 1 (um) do Conselho Federal de Odontologia (CFO); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, IX)

X - 1 (um) da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, X)

XI - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, XI)

XII - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, XII)

§ 1º A coordenação do Comitê Nacional será realizada de forma conjunta pela SCTIE/MS, por meio do DAF/SCTIE/MS, e pela ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Para cada membro titular será indicado o seu respectivo suplente. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º A participação dos órgãos e entidades de que tratam os incisos III a XII do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do Comitê, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 3º)

§ 4º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Nacional no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de publicação da Portaria nº 834/GM/MS, de 14 de maio de 2013. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 4º)

§ 5º A designação dos membros indicados pelos órgãos e entidades no Comitê Nacional será feita por meio de ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 5º)

§ 6º O Comitê Nacional poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às atividades do Comitê, quando entender necessário para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 6º)

§ 7º A Secretaria-Executiva do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos será exercida pelo DAF/SCTIE/MS, que fornecerá os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 7º)

XIII - 1 (um) do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP-Brasil); e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

XIV - 1 (um) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), preferencialmente por meio de representante dos usuários. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 1º A coordenação do Comitê Nacional será exercida pelo representante previsto na alínea "a" do inciso I do caput. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 2º Cada membro titular do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos terá um suplente, que o substituirá em suas ausências e seus impedimentos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 3º Os representantes previstos nos incisos I a III e XIV do caput serão indicados pelos titulares dos órgãos e entidades que representam. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 4º A participação das entidades de que tratam os incisos IV a XIII do caput será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pela coordenação do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, com indicação de seus representantes. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 5º A designação dos membros indicados na forma dos §§ 3º e 4º será feita por meio de ato do Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

§ 6º O Comitê Nacional poderá convidar especialistas e representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, quando entender relevante para o cumprimento de suas competências. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 9º** O Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos exercerá suas atividades por meio de Plano de Ação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 5º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Parágrafo Único.** O Plano de Ação conterá, no mínimo, objetivos e ações e será avaliado e atualizado, no máximo, a cada 2 (dois) anos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 10.** Compete à coordenação do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**I -** coordenar as reuniões e as atividades do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**II -** propor o cronograma de suas reuniões ordinárias; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

~~**III -** acompanhar e avaliar a implementação do Plano de Ação e o desenvolvimento das ações propostas e das demais atividades do Comitê, além de propor adequações quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**IV -** submeter as propostas e recomendações do Comitê à apreciação e à aprovação dos dirigentes máximos dos órgãos e entidades que o compõem; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**V -** requerer os apoios técnico e administrativo da Secretaria Executiva do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, V)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**VI -** elaborar e sugerir adequações a este Capítulo; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, VI)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**VII -** representar institucionalmente o Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, VII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 11.** Compete à Secretaria Executiva do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**I -** apoiar as atividades do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, I)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**II -** executar ações resultantes das proposições e recomendações do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, II)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**III -** convocar reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê Nacional; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, III)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**IV -** organizar reuniões ou eventos técnico-científicos inerentes às atividades do Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, IV)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 12.** Os membros exercerão a representação no âmbito do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos por um período de 2 (dois) anos, sendo permitida sua recondução a critério do órgão ou entidade de origem. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 8º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Parágrafo Único.** Os membros poderão, a qualquer tempo, solicitar seu desligamento do Comitê Nacional por meio de ofício destinado à Secretaria Executiva, de forma fundamentada, cabendo ao órgão ou à entidade representada indicar imediatamente novo representante para término do período restante de representação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 8º, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 13.** O Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos terá 4 (quatro) reuniões ordinárias anualmente e reuniões extraordinárias a critério da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 9º)~~

Art. 13. O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos se reunirá, em caráter ordinário, quatro vezes ao ano e, em caráter extraordinário, sempre que convocado por sua coordenação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 14.** As reuniões serão realizadas preferencialmente na sede do Ministério da Saúde, em Brasília/DF. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 10)~~

Art. 14. As reuniões do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos ocorrerão no Distrito Federal, e a participação dos membros que estejam em outros entes federativos será preferencialmente por videoconferência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 15.** Ao convocar as reuniões do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, a Secretaria Executiva do Comitê encaminhará em conjunto a pauta da respectiva reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**§ 1º** As reuniões ordinárias serão convocadas, no mínimo, com 2 (duas) semanas de antecedência. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11, § 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**§ 2º** As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 10 (dias) dias de antecedência. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11, § 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 16.** As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas somente com a presença de, no mínimo, um terço do total de membros do Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 12)~~

Art. 16. O quórum de reunião do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos é de dez membros e o quórum de aprovação é de maioria simples. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

Parágrafo único. Além do voto ordinário, o coordenador do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos terá o voto de qualidade em caso de empate. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 17.** Os representantes suplentes poderão participar das reuniões do Comitê Nacional com direito a voz, somente tendo direito a voto na ausência do respectivo membro titular. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 13)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Parágrafo Único.** Caso o órgão ou entidade queira enviar para uma mesma reunião do Comitê Nacional os seus dois representantes, titular e suplente, então deverá custear as despesas de um dos membros. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 13, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 18.** Os membros do Comitê Nacional participarão das reuniões com obediência às disposições constantes neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 14)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 19.** A falta injustificada em 2 (duas) reuniões no período de 1 (um) ano pelo membro titular e/ou, em caso de ausência do titular, pelo suplente acarretará a necessidade de indicação de novo representante por parte do respectivo órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 15)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 20.** A SCTIE/MS e a ANVISA se responsabilizarão pelo custeio das passagens e diárias dos representantes titulares do Comitê Nacional de Promoção para Uso Racional de Medicamentos que sejam não residentes em Brasília (DF) ou que não estejam no exercício regular de suas atividades no órgão ou entidade representada em Brasília (DF). (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 16)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Parágrafo Único.** Aplica-se o disposto no "caput" aos representantes suplentes na impossibilidade de presença do respectivo membro titular. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 16, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 21.** Caso previamente aprovada pelo Comitê Nacional, a divulgação dos atos oriundos do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos será efetivada pela Secretaria Executiva. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 17)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 22.** As atas de reunião do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos serão por ele aprovadas ao final da respectiva reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 18)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

de 09.12.2019)

~~**Art. 23.** Os órgãos e entidades que compõem o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos atuarão em conformidade com as finalidades institucionais do Comitê, inclusive mediante cumprimento de ações, tarefas e atividades inerentes à promoção do uso racional de medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 19)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 24.** As proposições discutidas no âmbito do Comitê Nacional somente constituirão recomendações se aprovadas por consenso pelos representantes dos órgãos e entidades presentes na reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 20)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 25.** Quando entender conveniente e oportuno, o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos poderá encaminhar recomendações ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**§ 1º** As recomendações do Comitê Nacional serão expressas na forma de resoluções e submetidas à aprovação do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21, § 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**§ 2º** Sem prejuízo do disposto no "caput", o Comitê também poderá encaminhar recomendações a outros órgãos e entidades, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21, § 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 26.** A utilização de dados e resultados obtidos das ações e atividades executadas pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos depende de prévia autorização do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 22)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 27.** Ao final de cada ano, a Secretaria Executiva apresentará relatório das ações e atividades executadas e monitoradas pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, além dos respectivos resultados obtidos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 23)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 28.** As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 24)~~

Art. 28. A participação dos membros do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

~~**Art. 29.** Os casos omissos, dúvidas e assuntos técnicos pertinentes à promoção do uso racional de medicamentos serão submetidos ao Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 25)~~

Art. 29. É vedada a criação de subcolegiados por ato do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.221 de 09.12.2019)

TÍTULO II
DA POSSIBILIDADE DOS ENTES FEDERATIVOS AMPLIAREM O ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 30. Este Título dispõe sobre os §1º e §2º do art. 28 do Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011, que versam sobre a possibilidade dos entes federativos ampliarem o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública a justifiquem, e a competência do Ministério da Saúde de estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado. (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 1º)

Art. 31. Para os fins do disposto no art. 30, poderão ser aceitas documentações oriundas de serviços privados de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desde que respeitadas as regulamentações dos Componentes da Assistência Farmacêutica definidas pelo SUS e as pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 2º)

Art. 32. Para os fins do disposto no art. 30, as documentações oriundas de serviços privados de saúde também serão aceitas no caso de dispensação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 3º)

TÍTULO III
DAS NORMAS DE FINANCIAMENTO E DE EXECUÇÃO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO I)

Art. 33. Este Título dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 1º)

Art. 34. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 2º)

CAPÍTULO II
DAS RESPONSABILIDADES EXECUTIVAS
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO III)

Art. 35. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 36. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da RENAME vigente, sendo a sua distribuição realizada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º)

I - entrega direta ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, I)

II - nas hipóteses que não se enquadrarem nos termos do inciso I do "caput", entrega às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição aos demais Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, II)

Art. 37. Os quantitativos dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml de que tratam os arts. 35 e 36 do Anexo XXVIII serão estabelecidos conforme os parâmetros técnicos definidos pelo Ministério da Saúde e a programação anual e as atualizações de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

demandas encaminhadas ao Ministério da Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde com base de cálculo nas necessidades dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 7º)

Art. 37-A Para fins do disposto neste Capítulo, os Dispositivos Intrauterinos Tcu 380 (DIU de cobre) poderão ser disponibilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios às maternidades integrantes do SUS, para anticoncepção pós-parto (APP) ou pós-abortamento (APA) imediatas. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 1º A APP ou APA imediata deverá ocorrer no período entre 10 (dez) minutos a 48 (quarenta e oito) horas que sucederem o parto ou abortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 2º Para a APP, deve-se respeitar a 1ª hora de contato pele a pele mãe-bebê e início da amamentação. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 3º A APP e a APA deverão ser implementadas por meio de ações que assegurem os direitos sexuais e reprodutivos, tais como: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

I - aconselhamento focado na autonomia e garantia do direito ao exercício livre e seguro da sexualidade e à escolha quanto à opção e ao momento de engravidar, realizado na atenção básica e também nos momentos de internação hospitalar para o parto e para a atenção ao abortamento em todos os ciclos de vida, incluindo adolescentes; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

II - disponibilização da inserção do DIU de cobre de acordo com critérios de elegibilidade nos estabelecimentos hospitalares de saúde públicos e rede conveniada ao SUS com serviço de obstetrícia, imediatamente no pós-parto e pós-abortamento; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

III - acompanhamento pelas equipes da atenção básica e especializada, com esclarecimentos de dúvidas, manejo de efeitos adversos e atendimento a complicações, ajuste ou troca do método, entre outras ações que sejam necessárias. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 4º A implantação do DIU de cobre no pós-parto (APP) e pós-abortamento (APA) imediato são estratégias complementares e compartilhadas das ações de planejamento reprodutivo da atenção básica. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 5º As maternidades que contarem com atenção ambulatorial devem também ofertar a inserção do DIU de intervalo, assim considerado aquele inserido fora do período de pós-parto e pósabortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

§ 6º O procedimento "03.01.04.002-8 - ATENDIMENTO CLINICO P/ INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)" deverá ser informado na AIH como procedimento secundário aos procedimentos de parto normal, cesariana, curetagem e AMIU quando realizada a inserção imediata do DIU pós-parto e pós-abortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 3.265 de 01.12.2017)

Art. 38. A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 8º)

Art. 39. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo-se: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º)

I - plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, I)

II - matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição, para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, II)

III - a aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, III)

Art. 40. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disponibilizarão, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 10)

Art. 41. Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios podem pactuar nas respectivas CIB a aquisição, de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pelo gestor estadual de saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por consórcios de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11)

§ 1º Na hipótese de utilização de Atas Estaduais de Registro de Preços, o edital elaborado para o processo licitatório disporá sobre a possibilidade de sua utilização pelos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º Nos procedimentos de aquisição, as Secretarias de Saúde seguirão a legislação pertinente às licitações públicas no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 42. No sentido de fortalecer a produção pública de medicamentos, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios poderão pactuar que o montante correspondente aos recursos financeiros estaduais a ser aplicado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica seja implementado por meio de medicamentos produzidos em laboratórios públicos oficiais, cujo valor unitário de aquisição será informado na respectiva CIB. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 12)

Art. 43. Para dar suporte à gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, o Ministério da Saúde disponibilizará aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 13)

CAPÍTULO III
DO CONTROLE E MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 44. As ações, os serviços e os recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constarão nos instrumentos de planejamento do SUS, quais sejam, Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 15)

Art. 45. O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os Fundos de Saúde, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dar-se-ão por meio do RAG. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16)

§ 1º O RAG conterá as ações e serviços efetuados no âmbito da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde e sua execução orçamentária e será elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria de Consolidação nº 1, no Capítulo das Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS, encontrando-se

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

disponível para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão em arquivo os documentos fiscais que comprovem a aplicação dos recursos financeiros tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16, § 2º)

Art. 46. A transferência dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios será suspensa, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, na hipótese de não aplicação dos recursos financeiros pelas respectivas Secretarias de Saúde dos valores definidos no art. 537 da Portaria de Consolidação nº 6, quando denunciada formalmente por um dos gestores de saúde ou constatada por meio de monitoramento e avaliação pelo Ministério da Saúde ou por auditorias dos órgãos de controle interno e externo. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17)

§ 1º A suspensão das transferências dos recursos financeiros será realizada mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias pelo Ministério da Saúde ao gestor de saúde e formalizado por meio de publicação de ato normativo específico, devidamente fundamentado. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 1º)

§ 2º O repasse federal dos recursos financeiros será restabelecido tão logo seja comprovada a regularização da situação que motivou a suspensão. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 2º)

§ 3º Caso não comprovada a regularização de que trata o § 2º, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º, II)

TÍTULO IV
DAS REGRAS DE FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 47. Este Título dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 1º)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO I)

Art. 48. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito do Componente de que trata o "caput" será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 49. Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º)

I - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I)

a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I, a)

b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I, b) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

II - Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, II)

III - Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, III)

Art. 50. Os grupos de que trata o art. 49 são definidos de acordo com os seguintes critérios gerais: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º)

I - complexidade do tratamento da doença; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, I)

II - garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, II)

III - manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, III)

Art. 51. O Grupo 1 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º)

I - maior complexidade do tratamento da doença; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, I)

II - refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, III)

IV - medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, IV)

Art. 52. O Grupo 2 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º)

I - menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º, I)

II - refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º, II)

Art. 53. O Grupo 3 é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 7º)

~~**Art. 54.** O elenco de medicamentos de que trata o art. 49 está descrito nos Anexos I, II e III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º)~~

Art. 54. O elenco de medicamentos de que trata o art. 49 está descrito nos Anexos I, II e III. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018

§ 1º Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 constituem o Anexo III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Os medicamentos do Grupo 3 compõem parte do Anexo I da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º, § 2º)

~~**Art. 55.** Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica somente serão autorizados para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde - 10ª revisão (CID-10), constantes do Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)~~

Art. 55. Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica somente serão autorizados para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde - 10ª revisão (CID10), constantes do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**Art. 56.** Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 compõem o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, na forma e redação estabelecidas pelo Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10)~~

Art. 56. Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 compõem o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, na forma e redação estabelecidas pelo Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

§ 1º Os atributos idade mínima, idade máxima, sexo, quantidade máxima e CID-10 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, utilizados para a execução deste Componente, são estabelecidos de acordo com os critérios preconizados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º O atributo quantidade máxima é definido considerando-se os meses com 31 (trinta e um) dias, sendo que para os meses com até 30 (trinta) dias a quantidade máxima autorizada será diretamente proporcional à quantidade de dias do mês correspondente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10, § 2º)

Art. 57. As formas de organização dos procedimentos do Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS são descritas de acordo com os critérios de classificação da "Anatomical Therapeutic Chemical" (ATC) da Organização Mundial da Saúde (OMS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11)

§ 1º Fármacos da mesma forma de organização não serão autorizados para uma mesma doença no mesmo período de vigência da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), exceto nos casos de recomendação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º Fármacos da mesma forma de organização poderão ser autorizados para doenças diferentes no mesmo período de vigência da APAC, exceto para a forma de organização dos inibidores do fator de necrose tumoral alfa. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 58. Cabe à esfera de gestão do SUS responsável a seleção dos medicamentos entre as formas de organização do Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS que define os procedimentos dos Grupos 1 e 2, desde que garantidas as linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 12)

Art. 59. Os medicamentos do Grupo 3 são de responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e compõem parte do elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica regulamentado por ato normativo específico, sendo disponibilizados, em caso de demanda, para a garantia das linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 13)

Art. 60. A não disponibilização de medicamentos no âmbito deste Componente não garante a integralidade do tratamento e provoca desequilíbrio financeiro, devendo os gestores do SUS, em pactuação nas instâncias gestoras, promover ações que restabeleçam o acesso aos medicamentos estabelecidos nas linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde e o equilíbrio financeiro. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 14)

Art. 61. A incorporação, exclusão, ampliação ou redução de cobertura de medicamentos no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorrerá mediante decisão do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15)

§ 1º O impacto orçamentário das incorporações ou ampliação de cobertura de que trata o "caput" será calculado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15, § 1º)

§ 2º A responsabilidade pelo financiamento das incorporações de medicamentos, de ampliação de cobertura para medicamentos já incorporados e incorporações de novas concentrações e/ou apresentações farmacêuticas será pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), respeitando-se a manutenção do equilíbrio financeiro

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

entre as esferas de gestão do SUS e a garantia da linha de cuidado da doença. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15, § 2º)

Art. 62. A inclusão efetiva de um medicamento nos Grupos 1, 2 e 3 deste Componente ocorrerá somente após a publicação da versão final do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas específico pelo Ministério da Saúde, observadas as pactuações no âmbito da CIT. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 16)

Art. 63. O Ministério da Saúde, em pactuação na CIT, poderá avaliar a transferência, em qualquer momento, de medicamentos deste Componente para outros Componentes da Assistência Farmacêutica ou a sua transferência entre os Grupos 1, 2 e 3 deste Componente, garantindo-se a disponibilização desses medicamentos no âmbito do SUS e o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 17)

CAPÍTULO II
DA EXECUÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II)

Art. 64. A execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 22)

Parágrafo Único. As normas de execução do Grupo 3 são regulamentadas no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em ato normativo específico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 22, Parágrafo Único)

Art. 65. Para os medicamentos constantes dos Grupos 1 e 2, a execução é descentralizada e de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo realizada de acordo com os critérios definidos neste Título e na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 23)

Art. 66. A solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento ocorrerão somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 24)

Art. 67. A solicitação, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento poderão ser descentralizadas junto à rede de serviços públicos dos Municípios mediante pactuação entre os gestores estaduais e municipais de saúde, observado o disposto no art. 65, os critérios legais e sanitários vigentes e os demais critérios de execução deste Componente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 25)

Art. 68. As Secretarias Estaduais de Saúde manterão os Municípios informados sobre a sistemática de execução deste Componente e os critérios de acesso aos medicamentos dos Grupos 1 e 2. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 26)

Seção I
Da Solicitação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 69. A solicitação corresponde ao pleito por medicamentos, pelo paciente ou seu responsável, em um estabelecimento de saúde definido nos termos do art. 66. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27)

§ 1º Para a solicitação, será obrigatória a presença do paciente ou seu responsável e a apresentação dos seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º)

I - cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, I)

II - cópia de documento de identidade, cabendo ao responsável pelo recebimento da solicitação atestar a autenticidade de acordo com o documento original de identificação; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, II)

III - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, III)

IV - prescrição médica devidamente preenchida; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, IV)

V - documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, V)

VI - cópia do comprovante de residência. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, VI)

§ 2º Os documentos descritos nos incisos III, IV e V do § 1º poderão ser oriundos de serviços privados de saúde, desde que respeitadas as demais regras deste Título e as pactuações realizadas no âmbito da respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 2º)

§ 3º Os documentos descritos nos incisos II e VI do § 1º não serão exigidos para a população indígena e penitenciária. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 3º)

Art. 70. Para a solicitação, fica dispensada a presença de pacientes considerados incapazes, conforme arts. 3º e 4º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), devidamente caracterizados no LME pelo médico prescritor. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28)

§ 1º No ato da solicitação, serão exigidos os seguintes documentos do seu responsável, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente mencionados no art. 69, § 1º : (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º)

I - cópia do documento de identidade; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, I)

II - endereço completo; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, II)

III - número de telefone. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, III)

§ 2º O responsável pelo paciente será o último indivíduo designado no LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 2º)

Art. 71. Cada usuário deverá ter apenas um cadastro no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, independente do número de LME vigentes. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 29)

Seção II
Da Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 72. A avaliação corresponde à análise técnica, de caráter documental, da solicitação e da renovação da continuidade de tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 30)

Art. 73. O avaliador será um profissional de saúde com ensino superior completo, registrado em seu devido conselho de classe e designado pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 31)

~~**Art. 74.** Para a avaliação, serão considerados os documentos exigidos no art. 69, observando-se: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 74. Para a avaliação, serão considerados os documentos exigidos no art. 69, observando-se: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32) I - (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**I -** LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, I)~~

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, I) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, II)

III - todos os documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, III)

~~**Parágrafo Único.** A avaliação será realizada utilizando os campos referentes à avaliação contidos no LME, conforme as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, Parágrafo Único)~~

Parágrafo único. A avaliação será realizada utilizando os campos referentes à avaliação contidos no LME, conforme as instruções apresentadas no Anexo V. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, Parágrafo Único) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Seção III
Da Autorização
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 75. A autorização corresponde ao parecer, de caráter administrativo, que aprova ou não o procedimento referente à solicitação ou renovação da continuidade do tratamento previamente avaliada. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 33)

Art. 76. O autorizador será um profissional de nível superior completo, preferencialmente da área da saúde, designado pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 34)

Art. 77. A autorização será efetivada somente após o deferimento da avaliação realizada de acordo com a Seção II do Capítulo II do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 35)

Seção IV
Da Dispensação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 78. A etapa da dispensação consiste no ato de fornecer medicamento(s) previamente autorizado(s) de acordo com a Seção III do Capítulo II do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 36)

Art. 79. O paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37)

Parágrafo Único. Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente mencionados no art. 69, § 1º : (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único)

I - declaração autorizadora; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, I)

II - cópia do documento de identidade; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, II)

III - endereço completo; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, III)

IV - número de telefone. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, IV)

Art. 80. O paciente, responsável ou representante apresentará documento de identificação para que seja efetuada a dispensação dos medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 38)

Art. 81. No ato da dispensação, o recibo de dispensação do medicamento será devidamente preenchido e assinado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 39)

Parágrafo Único. O Recibo de Medicamentos (RME) a ser utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica conterá, no mínimo, os dados constantes no modelo apresentado no Anexo VI. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 39, Parágrafo Único)

Art. 82. 1 (uma) via do LME, os recibos de dispensação dos medicamentos e os documentos descritos no art. 69 serão mantidos em arquivo pela unidade responsável pela dispensação. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 40)

Art. 83. A dispensação do medicamento poderá ser realizada para mais de um mês de competência, dentro do limite de vigência da APAC e respeitadas às exigências legais. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 41)

Art. 84. O processamento mensal da APAC no SIA/SUS será efetivado somente a partir da emissão do recibo de dispensação do medicamento devidamente preenchido e assinado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 42)

~~**Art. 85.** A interrupção do fornecimento do medicamento por abandono do tratamento será realizada quando o paciente, responsável ou representante não retirá-lo por 3 (três) meses consecutivos e não tiver ocorrido o fornecimento antecipado previsto no art. 83. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 43)~~

Art. 85. A interrupção do fornecimento do medicamento por abandono do tratamento será realizada quando o paciente, responsável ou representante não retirá-lo por 6 (seis) meses consecutivos e não tiver ocorrido o fornecimento antecipado previsto no art. 83. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

Parágrafo Único. Para as condições clínicas nas quais a posologia do medicamento descrita nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde seja superior a 6 (seis) meses, deve-se considerar como abandono de tratamento o período de intervalo descrito na posologia acrescido de 3 (três) meses. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

~~**Art. 86.** O SIA/SUS exercerá crítica para todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme os atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS descrita no Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 44)~~

Art. 86. O SIA/SUS exercerá crítica para todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme os atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS descrita no Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 44) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Seção V
Da Renovação da Continuidade do Tratamento
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção V)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

~~**Art. 87.** Para a renovação da continuidade do tratamento serão obrigatórios os seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45)~~

Art. 87. Para a renovação da continuidade do tratamento serão obrigatórios os seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**I -** LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, I)~~

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, I) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, II)

III - documentos para monitoramento do tratamento estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, III)

Seção VI

Do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 88. O LME é um documento oficial utilizado como instrumento para realização das etapas de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 46)

§ 1º O LME deverá seguir o modelo: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

I - proposto pelo Ministério da Saúde, constante no Anexo 2 do Anexo XXVIII desta Portaria; ou (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

II - padronizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, que observará os parâmetros do § 2º. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

§ 2º O modelo de LME padronizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverá: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

I - contemplar, minimamente, todas as informações constantes no LME proposto pelo Ministério da Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

II- ser estruturado para o preenchimento com informações sobre a solicitação, avaliação e autorização do procedimento; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

III - conter a logomarca do SUS e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

IV - conter as seguintes informações preenchidas exclusivamente pelo médico solicitante: (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

a) Número do CNES; Versão da Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

b) Nome do estabelecimento de saúde solicitante; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

c) Nome completo do paciente; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

d) Peso do paciente; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

e) Nome da mãe do paciente; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

f) Altura do paciente; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

g) Medicamentos; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

h) Quantidade solicitada; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

i) CID-10; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

j) Diagnóstico; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

k) Anamnese; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

l) Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

m) Atestado de incapacidade; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

n) Nome do médico solicitante; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

o) Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante; (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

p) Data da solicitação; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

q) Assinatura e carimbo do médico. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

~~**Art. 89.** O modelo do LME que será utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e as instruções para o adequado preenchimento estão descritos no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47)~~

~~**Art. 89.** O modelo do LME que será utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e as instruções para o adequado preenchimento estão descritos no Anexo V. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)~~

Art. 89. As instruções para o adequado preenchimento do LME que seguir o modelo proposto pelo Ministério da Saúde estão descritas no Anexo 1 do Anexo XXVIII desta Portaria. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

Parágrafo Único. O LME está estruturado para que seja preenchido com informações sobre a solicitação, avaliação e autorização do procedimento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47, Parágrafo Único)

Art. 90. Para cada doença, definida de acordo com a CID-10, haverá a necessidade de preenchimento de um LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48)

~~**§ 1º** Cada LME corresponderá a uma única APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 1º)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

~~**§ 2º** Em caso de solicitação de mais de 5 (cinco) medicamentos para a mesma doença, o mesmo médico preencherá mais de um LME, para os quais será emitido apenas um número de APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 2º)~~

~~**§ 3º** Nos casos em que o medicamento não tiver indicação para utilização contínua, será emitida APAC para 1 (uma) competência, que corresponderá apenas ao mês de atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 3º)~~

§ 1º Cada LME poderá corresponder a até 2 (duas) APAC de 3 (três) competências ou até 6 (seis) APAC de 1 (uma) competência. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

§ 2º Nos casos em que cada LME corresponder até 6 (seis) APAC de 1 (uma) competência, essas devem ser subsequentes, ter numeração e vigência distintas, dentro do limite de até seis competências consecutivas. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

§ 3º Em caso de solicitação de mais de 6 (seis) medicamentos para a mesma doença, o mesmo médico preencherá mais de um LME, sendo que para cada conjunto de LME para o mesmo CID-10 poderá ser emitido até dois números de APAC de 3 (três) competências ou até seis números de APAC de 1 (uma) competência. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

§ 4º Nos casos em que o medicamento não tiver indicação para utilização contínua, será emitida APAC para 1 (uma) competência, que corresponderá apenas ao mês de atendimento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

~~**Art. 91.** Durante o período de vigência da APAC de um LME, será permitido o ajuste da solicitação da seguinte forma, caracterizando-se a adequação do LME: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)~~

Art. 91. Durante o período de vigência da APAC de um LME, será permitido o ajuste da solicitação da seguinte forma, caracterizando-se a adequação do LME: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

I - substituição, inclusão ou exclusão do procedimento para o tratamento da mesma doença (CID-10); ou (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, I)

II - alteração da quantidade do medicamento solicitada pelo médico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, II)

§ 1º Para a adequação do LME, será necessária a apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º)

~~**I -** LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, I)~~

~~**I -** LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, I) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)~~

I - LME adequadamente preenchido; e (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, II)

§ 2º Quando necessário, para adequação do tratamento, apresentar-se-ão também os documentos definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

§ 3º Poderá ser emitida nova APAC nos casos de adequação do tratamento. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

Art. 92. Será permitida a emissão de mais de uma APAC dentro do mesmo período de vigência, nos casos de pacientes diagnosticados com mais de uma doença (CID-10). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 50)

Art. 93. O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante. (Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

Art. 94. Para cada LME será emitido um parecer do avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 52)

Parágrafo Único. Caso seja solicitado mais de um medicamento no mesmo LME, a avaliação poderá possuir mais de um parecer. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 52, Parágrafo Único)

Art. 95. O LME será assinado pelo autorizador somente nos casos de deferimento de um medicamento pelo avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 53)

CAPÍTULO III
DA PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III)

Art. 96. A responsabilidade pela programação, armazenamento e distribuição dos medicamentos dos Grupos 1A e 1B é das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo a responsabilidade pela aquisição dos medicamentos do Grupo 1A do Ministério da Saúde e dos medicamentos do Grupo 1B das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 54) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 97. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 2 é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 55) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 98. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 3 é das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 56)

Art. 99. Na aquisição dos medicamentos dos Grupos 1 e 2, os entes federativos observarão o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), conforme regulamentação vigente da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), os benefícios fiscais e os preços praticados no mercado no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 57)

Seção I
Dos Medicamentos de Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

~~**Art. 100.** O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal poderão pactuar a aquisição centralizada dos medicamentos pertencentes ao Grupo 1B, descritos no Anexo I da RENAME, e ao Grupo 2, descritos no Anexo II da RENAME, do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, desde que seja garantido o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS, observando-se, entre outros, o benefício econômico da centralização frente às condições do mercado e os investimentos estratégicos do governo no desenvolvimento~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

~~tecnológico e da capacidade produtiva junto aos laboratórios públicos e oficiais. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 58)~~

Art. 100. O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal poderão pactuar a aquisição centralizada dos medicamentos pertencentes ao Grupo 1B, descritos no Anexo I, e ao Grupo 2, descritos no Anexo II do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, desde que seja garantido o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS, observando-se, entre outros, o benefício econômico da centralização frente às condições do mercado e os investimentos estratégicos do governo no desenvolvimento tecnológico e da capacidade produtiva junto aos laboratórios públicos e oficiais.(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 58) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Art. 101. Pactuada a aquisição centralizada de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica pelo Ministério da Saúde, nos termos do art. 100, observar-se-ão as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59)

I - a primeira distribuição ocorrerá a partir da finalização dos procedimentos administrativos indispensáveis para o processo de aquisição; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, I)

II - o valor do(s) medicamento(s) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS corresponderá a 0 (zero) a partir da primeira distribuição realizada pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, II)

III - o Ministério da Saúde realizará o ressarcimento do estoque estadual com base na diferença entre as APAC aprovadas e o quantitativo distribuído no período de 180 (cento e oitenta) dias após a primeira distribuição do medicamento, considerando-se os valores definidos anteriormente ao valor descrito no inciso II. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, III)

Art. 102. A dispensação dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e seguirá os critérios estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 60)

Subseção I
Da Programação Anual
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção I)

Art. 103. A programação anual para aquisição centralizada de medicamentos é de responsabilidade do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61)

§ 1º A finalização da programação anual ocorrerá até o dia 30 de abril de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 1º)

§ 2º O quantitativo de medicamentos a ser adquirido será estabelecido considerando-se a média dos dados descritos nos incisos deste parágrafo, acrescido de um estoque estratégico calculado com base na série histórica de consumo de cada medicamento, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º)

I - quantidade aprovada do medicamento, por meio de APAC, na competência de outubro, novembro e dezembro do ano anterior à programação anual, conforme informação do SIA/SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º, I)

II - quantitativo de medicamentos distribuídos pelo Ministério da Saúde para atendimento dos meses de janeiro, fevereiro e março do ano da programação anual. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º, II)

Subseção II
Da Programação Trimestral
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção II)

Art. 104. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal encaminharão ao DAF/SCTIE/MS a necessidade trimestral de cada medicamento de aquisição centralizada. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62)

§ 1º O período de envio das informações atenderá o seguinte cronograma: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º)

I - para a programação do 1º trimestre, que corresponde aos meses de janeiro, fevereiro e março, o período para o envio das informações será do dia 20 a 30 de novembro do ano anterior; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, I)

II - para a programação do 2º trimestre, que corresponde aos meses de abril, maio e junho, o período para o envio das informações será do dia 20 a 28 de fevereiro do ano corrente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, II)

III - para a programação do 3º trimestre, que corresponde aos meses de julho, agosto e setembro, o período para o envio das informações será do dia 20 a 31 de maio do ano corrente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, III)

IV - para a programação do 4º trimestre, que corresponde aos meses de outubro, novembro e dezembro, o período para o envio das informações será do dia 20 a 31 de agosto do ano corrente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, IV)

§ 2º A distribuição dos medicamentos seguirá o período de entrega estabelecido no seguinte cronograma: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º)

I - para atendimento da programação referente ao 1º trimestre, que corresponde aos meses de janeiro, fevereiro e março, ocorrerá no período de 10 a 20 de dezembro do ano anterior; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, I)

II - para atendimento da programação referente ao 2º trimestre, que corresponde aos meses de abril, maio e junho, ocorrerá no período de 10 a 20 de março do ano corrente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, II)

III - para atendimento da programação referente ao 3º trimestre, que corresponde aos meses de julho, agosto e setembro, ocorrerá no período de 10 a 20 de junho do ano corrente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, III)

IV - para atendimento da programação referente ao 4º trimestre, que corresponde aos meses de outubro, novembro e dezembro, ocorrerá no período de 10 a 20 de setembro do ano corrente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, IV)

Subseção III
Do Controle e Monitoramento da Programação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção III)

Art. 105. A distribuição dos medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal terá como parâmetros a programação trimestral enviada pelas citadas Secretarias e a continuidade e regularidade da produção registrada em APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 63)

Art. 106. Após a finalização da programação trimestral para os medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, caso seja verificado que o consumo, via produção registrada em APAC, para o período, seja inferior

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

ao quantitativo total distribuído, a diferença será ajustada posteriormente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 64)

Art. 107. Após a entrega dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, toda a logística restante será de responsabilidade exclusiva das citadas Secretarias. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 65)

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 108. O medicamento Filgrastim 300mcg injetável por frasco passa a integrar o Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 80)

Art. 109. Compete ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) providenciar junto ao DATASUS as medidas necessárias para que sejam efetivadas nos sistemas de informação as adequações definidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 81)

Art. 110. Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) editar normas técnicas complementares referentes à operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, observadas as pactuações na CIT. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 82)

Art. 111. Os recursos financeiros federais para a execução do disposto neste Título são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.303.2015.4705 - Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 83)

~~**Art. 112.** Os Anexos I, II, III, IV, V e VI da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente estão disponibilizados no portal do Ministério da Saúde, cujo o acesso pode ser realizado por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84)~~

Art. 112. Os Anexos I, II, III, IV, V e VI estão disponibilizados no portal do Ministério da Saúde, cujo acesso pode ser realizado por meio do endereço eletrônico http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**Parágrafo Único.** O acesso ao Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente também poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico datasus.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84, Parágrafo Único)~~

Parágrafo Único. O acesso ao Anexo IV também poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico datasus.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84, Parágrafo Único) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Anexo 1 do Anexo XXVIII
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
(Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

(Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO

Os campos de 1 a 17 são de preenchimento exclusivo do médico solicitante.

Campo 1 - Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): preencher com o código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).

Campo 2 - Nome do estabelecimento de saúde solicitante: preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).

Campo 3 - Nome completo do Paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

Campo 4 - Nome da mãe do paciente: preencher com o nome completo da mãe do paciente.

Campo 5 - Peso: preencher com o peso atual do paciente, em quilogramas.

Campo 6 - Altura: preencher com a altura atual do paciente, em centímetros.

Campo 7 - Medicamento: preencher com o(s) nome(s) do(s) medicamentos(s) solicitado(s), de acordo com o descrito na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.

Campo 8 - Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento.

Campo 9 - CID-10: preencher com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID- 10) que corresponde à doença/lesão/agravo que motivou a solicitação do(s) medicamento(s).

Campo 10 - Diagnóstico: diagnóstico da doença que motivou a solicitação do(s) medicamento(s), descrito com base na denominação da CID-10.

Campo 11 - Anamnese: histórico do paciente que vai desde os sintomas e sinais iniciais até o momento da observação clínica.

Campo 12 - Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?: Assinalar se o paciente realiza ou já realizou tratamento para a doença descrita no campo nove. Caso esteve ou está em tratamento, deverá relatar o(s) esquema(s) terapêutico(s) utilizado(s).

Campo 13 - Atestado de capacidade: a solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença daquele considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil: os menores de dezoito anos; aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos ou que não puderem exprimir sua vontade, mesmo que transitória; ébrios habituais, viciados em tóxicos, ou os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; os pródigos. De acordo com a avaliação clínica pelo médico, descrever se o paciente preenche os critérios, ou não, de incapacidade. Caso apresente, descrever o nome completo do responsável pelo paciente.

Campo 14 - Nome do médico solicitante: preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Campo 15 - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante: Preencher com o número do CNS do médico solicitante.

Campo 16 - Data da solicitação: preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 17 - Assinatura e carimbo do médico: assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do médico solicitante.

Campo 18 - Assinalar o responsável pelo preenchimento dos campos 19, 20, 21, 22 e 23. No caso do responsável pelo preenchimento ser outra pessoa além do paciente, mãe do paciente, responsável descrito no item 13 ou o médico solicitante deverá ser informado o nome completo da pessoa sem abreviaturas e seu número de cadastro de pessoa física (CPF).

Campo 19 - Preencher a raça/cor do paciente expressada pelo próprio usuário ou seu responsável, conforme descrição da Portaria SAS/MS nº 719, de 28 de dezembro de 2007. Caso seja assinalada a Raça/Cor Indígena, deverá ser preenchida também sua etnia, conforme a Tabela de Etnias Indígenas Brasileiras descrita na Portaria SAS/MS nº 508, de 28 de setembro de 2010.

Campo 20 - Telefone(s) de contato do Paciente: preencher com número(s) de telefone do paciente para possíveis contatos.

Campo 21 - Número do documento do Paciente: assinalar com um "x" no campo correspondente ao CPF ou CNS e preencher com o número do documento assinalado.

Campo 22 - Correio eletrônico do Paciente: preencher com o correio eletrônico do paciente para possíveis contatos.

Campo 23 - Assinatura do responsável pelo preenchimento: assinatura da pessoa responsável pelo preenchimento campos 18, 19, 20, 21, 22 e 23.

AVALIAÇÃO TÉCNICA

Campo 1 - Nome do paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

Campo 2 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 3 - Código(s)/ Medicamento(s): preencher com os medicamentos solicitados e seus respectivos códigos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, de preferência, na mesma ordem da solicitação.

Campo 4 - CID-10: preencher com a CID-10 descrita pelo médico solicitante.

Campo 5 - Deferimento: o deferimento deve ocorrer quando a solicitação de algum medicamento preenche os critérios descritos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença, publicado pelo Ministério da Saúde, na versão final, e os demais parâmetros definidos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Assinalar o(s) números(s) correspondentes ao(s) medicamento(s) deferido(s).

Campo 6 - Observação: descrever, se necessário, observações que o avaliador julgue pertinentes.

Campo 7 - Devolução: a devolução caracteriza-se pela ausência de informação ou de documentos/exames ou preenchimento incorreto da solicitação do medicamento que impedem a plenitude da análise. Deve-se assinalar qual o motivo da devolução e o(s) número(s) correspondente(s) ao(s) medicamento(s) devolvido(s), considerando as seguintes definições: Preenchimento incompleto: assinalar quando há falta de preenchimento de algum campo considerado obrigatório no campo de solicitação de medicamento(s); Preenchimento incorreto: assinalar quando em algum campo da solicitação de medicamento(s) foi descrita informação incorreta da descrita nesta Instrução; Ausência de documentação: assinalar no caso de ausência de alguma documentação exigida pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença em questão ou pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Ausência de exame: assinalar no caso de ausência de algum exame exigido pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença em questão; Outros: assinalar quando o motivo de devolução não se enquadrar nos demais parâmetros descritos acima .

Campo 8 - Especificação: descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem no esclarecimento do motivo da devolução.

Campo 9 - Indeferimento: o indeferimento caracteriza-se pela negativa da solicitação do(s) medicamento(s), seja por não preencher os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença, publicado pelo Ministério da Saúde, na versão final, e/ou os demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Deve-se assinalar qual o motivo da devolução e o(s) número(s) correspondente(s) ao(s) medicamento(s) devolvido(s), quando necessário, considerando as seguintes definições: Não preenche critérios do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: assinalar quando a solicitação de medicamento(s) não preenche os critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, devido a condição clínica/laboratorial do paciente ou por não possuir indicação do(s) referido(s) medicamento(s), no momento da solicitação; Medicamento não padronizado: assinalar quando há solicitação de medicamento(s) não padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; CID-10 não padronizado: assinalar no caso que o CID-10 Primário, descrito pelo médico solicitante, não está padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; Outros: assinalar quando o motivo de indeferimento não se enquadrar nos demais parâmetros descritos acima.

Campo 10 - Especificação: descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem a esclarecer o motivo do indeferimento.

Campo 11 - Nome do avaliador: preencher com o nome completo do avaliador.

Campo 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do avaliador: preencher com o número do CNS do avaliador.

Campo 13 - Data da avaliação: preencher com a data da avaliação no formato dd/mm/aaaa.

Campo 14 - Assinatura e Carimbo do avaliador: assinatura e carimbo do avaliador.

AUTORIZAÇÃO

Campo 1 - Autorização: assinalar se a solicitação de um ou mais medicamentos, previamente deferidos pelo avaliador, poderá ser autorizada. Assinalar o(s) números(s) correspondentes ao(s) medicamento(s) autorizado(s).

Campo 2 - Especificação: descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem a esclarecer o motivo da não autorização ou demais parâmetros que justificam alguma alteração.

Campo 3 - Número da Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC): Descrever o número de APAC (Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade/Custo no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS) gerado.

Campo 4 - Vigência: Descrever o período de vigência da APAC.

Campo 5 - Nome do autorizador: preencher com o nome do autorizador.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Campo 6 - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do autorizador: Preencher com o CNS do autorizador.

Campo 7 - Data da autorização: preencher com a data da autorização, registrando o dia, mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 8 - Assinatura e carimbo do autorizador: assinatura e carimbo do autorizador.
(Redação dada pela PRT GM/MS n° 13 de 08.01.2020)

Anexo 2 do Anexo XXVIII

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Melhor visualizado no programa "Acrobat Reader 6" ou versão posterior. Clique aqui para fazer o download.

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente*

5-Peso do paciente* kg

4- Nome da Mãe do Paciente*

6-Altura do paciente* cm

7- Medicamento(s)* Digitar manualmente / Listar medicamentos	8- Quantidade solicitada* 1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						

9- CID-10*

10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☐ SIM. Relatar:

☐ NÃO

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante*

17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*

16- Data da solicitação* Hoje

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante ☐ Outro, informar nome: _____ e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____
☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

22- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

23- Correio eletrônico do paciente

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

ANEXO XXIX

Regulamento da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Origem: PRT MS/GM 962/2013)

Art. 1º Fica regulamentada a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.

Art. 2º Fica instituído o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 1º)

Art. 3º Compete ao Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º)

I - promover a articulação e o alinhamento entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial para qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, I)

II - promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada nos termos do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, II)

III - realizar o balanço semestral do desenvolvimento das ações para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, III)

Art. 4º O Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo é composto por: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I)

a) 1 (um) representante do Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde (GAB/SAS/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, a)

b) 5 (cinco) representantes do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, b)

c) 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, c)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, III)

IV - autores e colaboradores das seguintes publicações do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV)

a) Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV, a)

b) Diretriz de Atenção à Reabilitação das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV, b)

§ 1º Para cada membro titular que represente os órgãos de que tratam os incisos I a III do "caput" será indicado o seu respectivo suplente. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A participação dos autores e colaboradores de que trata o inciso IV do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os representantes titulares e os respectivos suplentes dos órgãos de que tratam os incisos I a III do "caput" serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O Comitê poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às atividades do Comitê, quando entender necessário para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º O GAB/SAS/MS fornecerá os apoios técnico e administrativo necessários para o funcionamento do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 5º)

Art. 5º O Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo se reunirá semestralmente ou, em caráter extraordinário, a critério da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 4º)

Art. 6º Compete à Coordenação do Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º)

I - organizar a pauta das reuniões; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, I)

II - promover a articulação entre os membros do Comitê e subsidiá-los com as informações por ele demandadas; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, II)

III - promover a divulgação dos relatórios de acompanhamento dos trabalhos e resultados alcançados; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, III)

IV - articular os órgãos do Ministério da Saúde envolvidos com as demandas nas ações e estratégias voltadas para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, IV)

V - elaborar a memória e sistematizar os produtos e documentos produzidos pelo Comitê; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, V)

VI - manter o Comitê informado sobre os processos de implantação das políticas públicas para as pessoas com transtornos do espectro do autismo. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, VI)

Art. 7º A participação no Comitê não será remunerada e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 6º)

ANEXO XXX

Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (Origem: PRT MS/GM 426/2005)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 1º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida será implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º)

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, I)

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, II)

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, III)

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, IV)

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, V)

VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, VI)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o art. 1º será constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º)

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, I)

II - Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, II)

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, III)

§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade será composta por: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º)

I - serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º, a)

II - serviços de Assistência Especializada (SAE) que são de referência em DST/HIV/Aids. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º, b)

§ 2º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º A regulamentação suplementar e complementar do disposto neste Anexo ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º)

§ 1º A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em reprodução humana assistida serão de competência das três esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os componentes do caput deste artigo deverão ser regulados por protocolos de conduta, de referência e de contrarreferência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º A capacitação e a educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverão ser realizadas de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 5º)

Art. 6º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, ora instituída. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 6º)

ANEXO XXXI

Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (Origem: PRT MS/GM 1169/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, que serão compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em A1lta Complexidade Cardiovascular, no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 1º)

Art. 2º As Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular será composta por: (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; e (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 3º As Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular deverão oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 3º)

Parágrafo Único. As aptidões e atribuições dos serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e nos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular serão regulamentadas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) em portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º As Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena do Sistema, de acordo com as respectivas condições de gestão e sua divisão de responsabilidades, adotarão as providências necessárias à implantação das Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, bem como a organização, habilitação, credenciamento e integração das Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e a dos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular que comporão essas Redes. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 4º)

Art. 5º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída pelo art. 1º. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 5º)

Art. 6º Ficam instituídos os seguintes instrumentos de gestão: (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º)

I - avaliação da qualidade das Unidades cadastradas e das Normas de Acompanhamento de Procedimentos de Alta Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º, I)

II - formulários de registros de preenchimento obrigatório: "Registro Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular", "Registro Brasileiro de Marcapasso, Desfibrilador e Ressincronizador Cardíacos", "Registro Brasileiro de Cirurgia Vascular", "Registro Brasileiro de Procedimentos da Cardiologia Intervencionista", "Registro Brasileiro de Procedimentos Endovasculares Extracardíacos" e "Registro Brasileiro de Procedimentos em Eletrofisiologia". (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º, II)

Art. 7º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias à implantação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 7º)

Art. 8º O quantitativo mínimo de procedimentos regulamentados pela SAS/MS, quando devidamente autorizados, terão a sua realização e pagamento garantidos, com vistas à manutenção da qualidade do serviço. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 8º)

ANEXO XXXII

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica (Origem: PRT MS/GM 1161/2005)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam às doenças neurológicas e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços públicos e privados que realizam tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença neurológica; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, IV)

V - ampliar e qualificar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças neurológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, V)

VI - ampliar e qualificar a cobertura dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas dos acidentes vasculares cerebrais no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VI)

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem o estudo do custo-efetividade, da eficácia e da qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo de diagnose e do tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença neurológica; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VIII)

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, IX)

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, X)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, de que trata o art. 1º deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º)

I - atenção básica, que consiste em realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos, bem como ações clínicas para o atendimento pré-natal, o tratamento da desnutrição infantil e das doenças infecciosas, do controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus que possam ser realizadas neste nível, e terão lugar na rede de serviços básicos de saúde - Centro de Saúde /Unidades Básicas de Saúde e Postos de Saúde e em especial pelas Equipes de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, I)

II - média complexidade, que consiste em realizar ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do portador da doença neurológica, hipertensão arterial

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

e diabetes mellitus, bem como garantir a assistência ao parto, e devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, II)

III - alta complexidade, que consiste em garantir o acesso aos procedimentos neurológicos, neurointervencionistas e neurocirúrgicos e assegurar a qualidade do processo, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e cuja assistência se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e de Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, III)

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Neurológicas, composto por atenção pré-natal, ao parto, ao neonato, ao desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção do trauma, assistência nutricional infantil, controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar por parte dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doenças neurológicas; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, V)

VI - a regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doenças neurológicas serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação, e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VII)

VIII - diretrizes de condutas, em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, IX)

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, X)

Art. 4º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 4º)

Art. 5º A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, por meio de portarias específicas. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 5º)

ANEXO XXXIII

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Origem: PRT MS/GM 1168/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, IV)

V - ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante); (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, V)

VI - ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VI)

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VIII)

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, IX)

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, X)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, de que trata o art. 1º, deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º)

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível. Tais ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

(Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família). De acordo com a necessidade local, o gestor poderá instituir uma equipe de referência da atenção básica com a função de tutoria e, ou referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, I)

II - média complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais. Essas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Para desempenhar as ações neste nível de atenção, o gestor poderá instituir um Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, II)

III - alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, III)

IV - plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doença renal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, V)

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença renal serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VII)

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, IX)

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, X)

Art. 4º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 4º)

ANEXO XXXIV

Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (Origem: PRT MS/GM 221/2005)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA REDE MULTICÊNTRICA DE AVALIAÇÃO DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS (REMATO)

Art. 2º Fica instituída a Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (REMATO) com o objetivo de atender às demandas do Sistema Único de Saúde no que se refere ao monitoramento da qualidade de implantes ortopédicos comercializados no país. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º)

§ 1º A REMATO é composta por laboratórios voltados à análise e avaliação de qualidade dos implantes ortopédicos. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Cabe ao Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (INTO/SAS/MS) fornecer o suporte técnico e administrativo necessário para o desenvolvimento das atividades de operacionalização da REMATO. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 3º Cabe à REMATO: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º)

I - promover ações voltadas à qualidade e segurança dos implantes ortopédicos, de forma a evitar a exposição da população a produtos sem evidência de segurança e eficácia em seu consumo; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, I)

II - fomentar a adequação e modernização dos laboratórios que venham a prestar serviços e contribuir com a qualificação do complexo industrial da saúde na área de implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, II)

III - atuar como facilitador na implantação e ampliação de sistemas de gestão de qualidade laboratorial com padrões internacionais; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, III)

IV - contribuir para a implementação das diretrizes relacionadas à avaliação da qualidade e eficácia de implantes ortopédicos no país; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, IV)

V - propor a organização de eventos de interesse na área com vista à capacitação dos profissionais para avaliação de implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, V)

VI - contribuir para a difusão do conhecimento sobre implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VI)

VII - apoiar os laboratórios da rede nas ações voltadas a serviços tecnológico; e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VII)

VIII - apoiar tecnicamente o Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Brasileiro de Tecnologia (SIBRATEC), quanto a temática implantes e instrumentais ortopédicos. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VIII)

Art. 4º Fica instituído o Comitê Gestor da REMATO que será composto por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º)

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (INTO/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (SETEC) do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, III)

IV - Instituto Nacional de Metrologia e Qualidade Industrial (INMETRO); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, IV)

V - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, V)

VI - Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI/MDIC); e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, VI)

VII - Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, VII)

§ 1º Cabe ao INTO/SAS/MS coordenar o Comitê Gestor. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Cabe ao Comitê Gestor: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º)

I - aprovar o Regimento Interno da REMATO; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, I)

II - disponibilizar seu corpo técnico-profissional para a operacionalização da rede; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, II)

III - propor programas interinstitucionais de trabalho para a melhoria da qualidade da produção nacional, pública e privada, para os segmentos produtivos do Complexo Industrial da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, III)

IV - apoiar às ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no que se refere à análise de conformidade de produtos para a saúde, obedecido o disposto no arcabouço regulatório sanitário brasileiro e as responsabilidades e atribuições legais da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, IV)

V - difundir e intercambiar conhecimentos e informações do conjunto de atribuições e competências dos partícipes, bem como criar mecanismos para tais fins; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, V)

VI - informar, obrigatoriamente, sobre ações em planejamento ou que estejam em andamento que possam interferir na atuação da outra parte; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - promover atividades de treinamento para a promoção de interesses comuns relacionadas a REMATO; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - participar das comissões e grupos de trabalho que tenham interface com as políticas de promoção e desenvolvimento das atividades econômicas e industriais, no âmbito do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VIII)

IX - desenvolver atividades para suporte à execução das políticas de saúde, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial, em especial a Política Industrial na Área de Próteses, Novos Materiais, Fármacos, Equipamentos Hospitalares, Acreditação de Laboratórios e Outras Atividades, sempre considerando as competências de cada um dos partícipes. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, IX)

Art. 5º O Regimento Interno deverá prever a estrutura organizacional, a operacionalização das atividades da Rede bem como os mecanismos para inserção e exclusão de laboratórios na Rede. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º)

§ 1º O INTO deve elaborar o Regimento Interno em 90 dias, após a publicação da Portaria nº 1883/GM/MS, de 14 de julho de 2010. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Após aprovado o Regimento pelo Comitê cabe ao INTO publicá-lo. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º, § 2º)

CAPÍTULO II
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA

Art. 6º As Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento para formar uma rede hierarquizada, estadual ou regional, de atenção em alta complexidade em tráumato-ortopedia, com a finalidade de prestar assistência a doentes com afecções do sistema músculo-esquelético que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º)

§ 1º A Rede de Atenção em Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia será composta por: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º)

I - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º, I)

II - Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia devem: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º)

I - oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a doentes de afecções do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, I)

II - desenvolver articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, II)

III - respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização do SUS. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, III)

§ 3º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade de Tráumato-Ortopedia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia prestarão assistência por meio de seu respectivo Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 3º)

Art. 7º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) regulamentará os atributos necessários ao credenciamento/habilitação: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º)

I - das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º, II)

Art. 8º As Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, habilitadas em Gestão Plena do Sistema Municipal, adotarão as providências necessárias ao processo de credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia e da habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º)

§ 1º Caberá às Secretarias de Estado da Saúde a indicação para a habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As ações desenvolvidas deverão estar de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º, § 2º)

Art. 9º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) criará uma Câmara Técnica com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída por este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 5º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) criará e regulamentará os seguintes instrumentos de gestão: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º)

I - Guia de Boas Práticas na especialidade de tráumato-ortopedia, contendo recomendações de indicação e contraindicação de procedimentos de tráumato-ortopedia constantes da tabela do SUS; (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, I)

II - Indicadores de qualidade para avaliação das unidades credenciadas; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, II)

III - Registro Brasileiro de Cirurgia Tráumato-Ortopédica para prover a Autorização de Internação Hospitalar - AIH - de dados para rastreamento e avaliação futura de procedimentos, tornando-o de preenchimento obrigatório. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, III)

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias à implantação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 7º)

CAPÍTULO III
DA CÂMARA TÉCNICA EM TRÁUMATO - ORTOPEDIA

Art. 12. Fica atualizada a Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I)

a) Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, a)

b) Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, b)

c) Departamento de Avaliação, Regulação e Controle de Sistemas (DRAC); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, c)

d) Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, d)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, II)

a) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, II, a)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, V)

VI - Hospital Universitário Federal, indicado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT); e (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN). (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VIII)

§ 1º A Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia será coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e terá como Secretaria-Executiva o Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS). (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia, quando julgar necessário, poderá convidar participantes ad hoc, sempre de caráter institucional, internos ou externos ao Ministério da Saúde, nas áreas correlacionadas com a ortopedia, a traumatologia e a reabilitação do sistema músculo-esquelético. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 2º)

§ 3º À Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia cabe propor sobre: (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º)

I - a política nacional de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, I)

II - as ações de promoção da saúde, da prevenção, de diagnóstico e do tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública e privada; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, II)

III - as recomendações para o desenvolvimento das ações das entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, III)

IV - a atualização de procedimentos ortopédicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, IV)

V - a utilização de implantes utilizados no tratamento das doenças e agravos do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, V)

VI - incorporação de tecnologias que visam à promoção da saúde, à prevenção e ao diagnótico e tratamento de afecções músculo-esqueléticas, conforme o estabelecido para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VII - projetos de incentivo para ações de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico e de tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VII)

VIII - a formação e qualificação de profissionais para atuação em ortopedia, em traumatologia e em reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VIII)

IX - estudos e pesquisas na área de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; e (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, IX)

X - o aprimoramento da política nacional de transplantes de tecido músculo-esqueléticos. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, X)

Art. 13. Fica determinado que a Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS) tomará as providências cabíveis para a operacionalização dos trabalhos da referida Câmara. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 2º)

ANEXO XXXV

Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO) (Origem: PRT MS/GM 957/2008)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde, por intermédio de redes estaduais e regionais, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação das Unidades de Atenção Especializada, públicas ou privadas que prestam atenção em oftalmologia, bem como os mecanismos de sua monitorização com vistas à diminuição dos riscos aos quais fica exposto o paciente com doença oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, IV)

V - ampliar a cobertura no atendimento aos pacientes com doenças oftalmológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doenças oftalmológicas; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VI)

VII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VII)

VIII - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VIII)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, de que trata o art. 1º, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º)

I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada em Oftalmologia: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade, visando alcançar impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida dos usuários do SUS, por intermédio da garantia da equidade; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, II)

III - a organização das Redes de Atenção em Oftalmologia deverá respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde, cujas ações referentes a esse nível de atenção serão realizadas em Hospitais Gerais ou Especializados, Hospitais de Ensino, Ambulatórios Especializados em Assistência Oftalmológica, cuja normatização será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, III)

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regional dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao paciente com doença oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, V)

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença oftalmológica serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VII)

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, IX)

X - acesso à assistência farmacêutica disponibilizado pelo SUS; e (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, X)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

XI - acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, XI)

Art. 4º A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 4º)

ANEXO XXXVI

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (Origem: PRT MS/GM 1391/2005)

Art. 1º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º)

I - a promoção da garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública, e provendo assistência às pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, com a criação de um cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, I)

II - a promoção da garantia da integralidade da atenção, por intermédio do atendimento realizado por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, II)

III - a instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, III)

IV - a promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com a doença ou o traço falciforme; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, IV)

V - a promoção da integração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias com o Programa Nacional de Triagem Neonatal, visando a implementação da fase II deste último e a atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, V)

VI - a promoção da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo, imunobiológicos Especiais e insumos, como Filtro de Leucócitos e Bombas de Infusão; e (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, VI)

VII - a estimulação da pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, VII)

Parágrafo Único. As diretrizes de que trata este artigo apóiam-se na promoção, na prevenção, no diagnóstico precoce, no tratamento e na reabilitação de agravos à saúde, articulando as áreas técnicas cujas ações têm interface com o atendimento hematológico e hemoterápico. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde adotar as providências necessárias ao cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 2º)

ANEXO XXXVII

Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica (Origem: PRT MS/GM 81/2009)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será implantada de forma articulada nas três esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º)

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, I)

II - possibilitar a identificação dos determinantes e condicionantes dos principais problemas de saúde relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas, de forma a fornecer subsídios para a elaboração de ações e políticas públicas no setor, sem prejuízo da participação social; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, II)

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas em genética clínica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, III)

IV - incentivar a realização de pesquisas e projetos estratégicos destinados ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade e incorporação de tecnologias na área de genética clínica; e (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, IV)

V - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Genética Clínica, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, V)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será constituída dos seguintes níveis: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada em genética clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, II)

§ 1º Na atenção básica serão identificadas e acompanhadas as famílias e indivíduos com problemas relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Na atenção especializada em genética clínica será realizado o acompanhamento especializado multidisciplinar e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção dos casos encaminhados pela atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º)

I - A atenção especializada será composta por: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I)

a) Unidades de Atenção Especializada; e (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I, a)

b) Centros de Referência em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I, b)

§ 3º A atenção integral em genética clínica deverá ser organizada em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada ente federado e com os princípios e diretrizes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 4º Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em genética clínica no seu âmbito de atuação e gestão. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º)

§ 1º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão suplementar objeto deste Anexo para atender às necessidades e peculiaridades locorregionais. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As atribuições que compõem este artigo deverão ser fundamentadas nas diretrizes, protocolos de conduta e mecanismos de referência e de contrarreferência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º Compete à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) a adoção das medidas necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 5º)

ANEXO XXXVIII

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam instituídas a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS, em especial à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 2º)

Art. 3º Para efeito deste Anexo, considera-se doença rara aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem como objetivo reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno redução de incapacidade e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 4º)

Art. 5º São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º)

I - garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde em relação às pessoas com doenças raras, com consequente redução da morbidade e mortalidade; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, I)

II - estabelecer as diretrizes de cuidado às pessoas com doenças raras em todos os níveis de atenção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, II)

III - proporcionar a atenção integral à saúde das pessoas com doença rara na Rede de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, III)

IV - ampliar o acesso universal e regulado das pessoas com doenças raras na RAS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, IV)

V - garantir às pessoas com doenças raras, em tempo oportuno, acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis conforme suas necessidades; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, V)

VI - qualificar a atenção às pessoas com doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, VI)

CAPÍTULO III

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO III)

Art. 6º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é constituída a partir dos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º)

I - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, I)

II - reconhecimento da doença rara e da necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da RAS no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, II)

III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com doenças raras, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, III)

IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e atenção multiprofissional; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, IV)

V - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, V)

VI - incorporação e uso de tecnologias voltadas para a promoção, prevenção e cuidado integral na RAS, incluindo tratamento medicamentoso e fórmulas nutricionais quando indicados no âmbito do SUS, que devem ser resultados das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de avaliação e aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, VI)

VII - promoção da acessibilidade das pessoas com doenças raras a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, VII)

Art. 7º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º)

I - educação permanente de profissionais de saúde, por meio de atividades que visem à aquisição e ao aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a atenção à pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, I)

II - promoção de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, II)

III - organização das ações e serviços de acordo com a RAS para o cuidado da pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IV - oferta de cuidado com ações que visem à habilitação/reabilitação das pessoas com doenças raras, além de medidas assistivas para os casos que as exijam; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, IV)

V - diversificação das estratégias de cuidado às pessoas com doenças raras; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, V)

VI - desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, VI)

CAPÍTULO IV
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 8º São responsabilidades comuns do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em seu âmbito de atuação: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º)

I - garantir que todos os serviços de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças raras possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, I)

II - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças raras, de acordo com suas responsabilidades e pactuações; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, II)

III - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, III)

IV - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam no escopo das doenças raras nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, IV)

V - garantir o compartilhamento das informações na RAS e entre as esferas de gestão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, V)

VI - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos serviços de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VI)

VII - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção, ao cuidado e à reabilitação/habilitação das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VII)

VIII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VIII)

IX - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capilarização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, IX)

X - monitorar e avaliar o desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle das doenças raras no país no âmbito do SUS, bem como auditar, quando pertinente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, X)

Art. 9º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, I)

II - analisar, consolidar e divulgar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com doenças raras, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, II)

III - definir diretrizes gerais para a organização do cuidado às doenças raras na população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, III)

IV - estabelecer, por meio de PCDT, recomendações de cuidado para tratamento de doenças raras, levando em consideração a incorporação de tecnologias pela CONITEC, de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, IV)

V - efetuar a homologação da habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, V)

VI - disponibilizar sistema de informação para registro das ações prestadas no cuidado às pessoas com doenças raras em todos os serviços de saúde, seja na atenção básica ou especializada, ambulatorial ou hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, VI)

Art. 10. Às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal compete: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, I)

II - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas à inclusão da atenção e do cuidado integral às pessoas com doenças raras nos planos municipais, estadual e planejamento regional integrado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, II)

III - apoiar tecnicamente os Municípios para organização e implantação do cuidado para as pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, III)

IV - realizar a regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, IV)

V - analisar os dados estaduais, relacionados às doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, V)

VI - definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VII - apoiar os Municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VII)

VIII - efetuar e manter atualizado o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VIII)

IX - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando for de gestão estadual. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, IX)

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, I)

II - planejar e programar as ações e os serviços de doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, II)

III - organizar as ações e serviços de atenção para doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se os serviços disponíveis no Município; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, III)

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade própria; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, IV)

V - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando de gestão municipal; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, V)

VI - realizar regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VI)

VII - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com doenças raras, com sustentabilidade do sistema público de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VII)

VIII - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou interregional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VIII)

IX - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, IX)

X - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, X)

XI - definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XI)

XII - efetuar e manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XII)

XIII - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle das doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XIII)

CAPÍTULO V
DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO V)

Art. 12. A organização do cuidado das pessoas com doenças raras será estruturada nos seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12)

I - Eixo I: composto pelas doenças raras de origem genética e organizado nos seguintes grupos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I)

a) anomalias congênitas ou de manifestação tardia; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, a)

b) deficiência intelectual; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, b)

c) erros inatos de metabolismo; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, c)

II - Eixo II: composto por doenças raras de origem não genética e organizado nos seguintes grupos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II)

a) infecciosas; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, a)

b) inflamatórias; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, b)

c) autoimunes; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, c)

d) outras doenças raras de origem não genética. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, d)

CAPÍTULO VI
DA ESTRUTURA DA LINHA DE CUIDADO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 13. A linha de cuidado da atenção aos usuários com demanda para a realização das ações na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é estruturada pela Atenção Básica e Atenção Especializada, em conformidade com a RAS e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13)

§ 1º À Atenção Básica, que é responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede, compete: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º)

I - realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos às doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - desenvolver ações voltadas aos usuários com doenças raras, na perspectiva de reduzir os danos relacionados a essas doenças no seu território; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, II)

III - avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com doenças raras e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários e seus familiares; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, III)

IV - implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas, e seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, IV)

V - encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de doença rara para confirmação diagnóstica; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, V)

VI - coordenar e manter o cuidado das pessoas com doenças raras, quando referenciados para outros pontos da RAS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VI)

VII - registrar as informações referentes às doenças raras nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VII)

VIII - realizar o cuidado domiciliar às pessoas com doenças raras, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com os serviços de atenção especializada e serviços de referência em doenças raras locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VIII)

IX - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, IX)

§ 2º A Atenção Especializada, composta pelo conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma integral, resolutiva e em tempo oportuno, é composta, ainda, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º)

I - Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, a quem compete oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º, I)

II - Serviço de Referência em Doenças Raras, que oferece atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º, II)

§ 3º Compete ao Componente Atenção Domiciliar: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º)

I - realizar o cuidado às pessoas com doença rara de forma integrada com os componentes da Atenção Básica e da Atenção Especializada; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, I)

II - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, II)

III - instrumentalizar e orientar cuidadores e familiares para o cuidado domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, III)

IV - contribuir para a qualidade de vida da pessoa com doença rara no ambiente familiar; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, IV)

V - promover ações que auxiliem a autonomia das pessoas com doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, V)

§ 4º Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos de atenção deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da RAS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 4º)

Art. 14. O componente da Atenção Especializada da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras será composto por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14)

I - Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, I)

II - Serviço de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, II)

§ 1º O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras é o serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada em uma ou mais doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 1º)

§ 2º O Serviço de Referência em Doenças Raras é o serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada para pessoas com doenças raras pertencentes a, no mínimo, dois eixos assistenciais, de acordo com os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º)

I - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo I de que trata o art. 12; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, I)

II - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo II de que trata o art. 12; ou (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, II)

III - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 1 (um) grupo de doenças raras de cada um dos Eixos de que trata o art. 12. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, III)

§ 3º Os Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras são responsáveis também por ações diagnósticas, terapêuticas e preventivas às pessoas com doenças raras ou sob risco de desenvolvê-las, de acordo com os dois eixos assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 3º)

Art. 15. Compete ao Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras e ao Serviço de Referência em Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15)

I - compor a RAS regional, de forma que se garantam os princípios, as diretrizes e competências descritas na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, I)

II - ter uma população definida como de sua responsabilidade para o cuidado, assim como ter vinculado a si os serviços para os quais é a referência para tratamento às pessoas com doenças raras, podendo ser de abrangência local, regional, estadual ou nacional; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, II)

III - apoiar os outros serviços de atenção à saúde no que se refere ao cuidado da pessoa com doença rara, participando sempre que necessário da educação permanente dos profissionais de saúde que atuam neste cuidado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IV - utilizar os sistemas de informação vigentes para registro da atenção dispensada no cuidado às pessoas com doenças raras, conforme normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, IV)

V - garantir a integralidade do cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, V)

VI - reavaliar periodicamente as pessoas, de acordo com cada doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VI)

VII - estabelecer avaliações para verificar outras pessoas em risco de doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VII)

VIII - encaminhar as pessoas para a Atenção Básica para a continuidade do seguimento clínico, garantindo seu matriciamento; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VIII)

IX - submeter-se à regulação, fiscalização, monitoramento e avaliação do Gestor Municipal, Estadual e do Distrito Federal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, IX)

X - investigar e buscar determinar o diagnóstico definitivo e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos PCDT estabelecidos pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, X)

XI - garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XI)

XII - encaminhar as pessoas para os Centros Especializados de Reabilitação (CER) ou outros com a finalidade de reabilitação para complementaridade do cuidado, sem se eximir de continuar ofertando o cuidado integral às pessoas com doenças raras, garantidos mediante regulação; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XII)

XIII - realizar tratamento clínico e medicamentoso, quando houver, das pessoas com doenças raras segundo os PCDT instituídos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIII)

XIV - oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIV)

XV - referenciar as pessoas para os Serviços de Referência em Doenças Raras, quando se fizer necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XV)

XVI - garantir a investigação diagnóstica e o acompanhamento das doenças para as quais estiverem habilitados; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVI)

XVII - acolher o encaminhamento regulado de pessoas com diagnóstico ou suspeita de doença rara, provenientes da atenção básica ou especializada, para fins de investigação e tratamento; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVII)

XVIII - garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso regulado às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVIII)

XIX - oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar, de acordo com os eixos assistenciais e baseados nos PCDT instituídos; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIX)

XX - realizar o aconselhamento genético das pessoas acometidas e seus familiares, quando indicado. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XX)

rt. 16. São competências específicas do Serviço de Referência em Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16)

I - realizar o acompanhamento clínico especializado multidisciplinar à pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, I)

II - apresentar estrutura adequada, realizar pesquisa e ensino organizado, com programas e protocolos estabelecidos, reconhecidos e aprovados pelo comitê de ética pertinente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, III)

III - subsidiar ações de saúde dos gestores no âmbito das doenças raras, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, IV)

IV - participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com a gestão, tendo como base a PNEPS; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, V)

V - realizar atividades de educação ao público e aos profissionais de saúde no tema doenças raras, em conjunto com os gestores do SUS, os conselhos de saúde, a comunidade científica e as associações civis relacionadas às doenças raras ou outros representantes da sociedade civil organizada, com o objetivo de promover a compreensão da diversidade humana, dos direitos dos usuários e extinção dos preconceitos, buscando sua integração à sociedade. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, VI)

Art. 17. Poderão pleitear a habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras os estabelecimentos de saúde que obedeçam aos seguintes requisitos mínimos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17)

I - possuam alvará de funcionamento e se enquadrem nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros que venham a substituí-la ou complementá-la, precipuamente: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I)

a) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e suas alterações; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, a)

b) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, b)

c) Resolução - ABNT NBR 9050 - Norma Brasileira de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalações e adaptações de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, c)

II - disponham dos seguintes serviços de apoio diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II)

a) laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e de exames genéticos próprio ou alcançável; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II, a)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

b) laboratório de imagem próprio ou alcançável; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II, b)

III - garantam, junto à RAS, as necessidades de internação (enfermaria e UTI) e cirurgia, que terão seus fluxos regulados conforme pactuações locais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, III)

Parágrafo Único. Na hipótese dos estabelecimentos de saúde de que trata o "caput" não oferecerem, dentro de sua estrutura física, as ações e serviços necessários para o cumprimento dos requisitos mínimos para habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras, estas ações e serviços poderão ser formalmente referenciados e contratualizados. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 18. Além dos requisitos mínimos de que trata o art. 17, para pleitear a habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deverá cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18)

I - possuir equipe assistencial composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I)

a) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, a)

b) técnico de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, b)

c) médico responsável pelo Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras com comprovada experiência na área ou especialidade. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, c)

II - contar com um responsável técnico médico, registrado no Conselho Regional de Medicina, devendo assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, II)

Parágrafo Único. O responsável técnico de que trata o inciso II poderá atuar como profissional em outro serviço habilitado pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 19. Além dos requisitos mínimos de que trata o art. 17, para pleitear a habilitação como Serviço de Referência em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deverá cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19)

I - possuir equipe assistencial para cada grupo dos Eixos de que trata o art. 12 composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I)

a) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, a)

b) técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, b)

c) médico com título de especialista na área da especialidade que acompanha, registrado no Conselho Regional de Medicina e/ou comprovação de atuação na doença rara específica por pelo menos 5 (cinco) anos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, c)

d) médico geneticista; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, d)

e) neurologista; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, e)

f) pediatra (quando atender criança); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, f)

g) clínico geral (quando atender adulto); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, g)

h) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, h)

i) nutricionista (quando atender erros inatos do metabolismo); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, i)

j) assistente social; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, j)

II - contar com um responsável técnico médico, registrado no Conselho Regional de Medicina, devendo assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, II)

Parágrafo Único. O responsável técnico poderá fazer parte de equipe mínima assistencial, desde que tenha título de especialista na área da especialidade que acompanha e/ou comprovação de atuação na área por pelo menos 5 (cinco) anos para uma das doenças raras acompanhadas pelo Serviço de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. Para pleitear a habilitação dos estabelecimentos de saúde como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios encaminharão à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20)

I - Resolução da CIR e da CIB ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) contendo: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I)

a) a relação dos estabelecimentos de saúde que realizarão a atenção especializada como Serviço de Atenção Especializada ou Serviço de Referência em Doenças Raras, indicando quais destes realizarão o aconselhamento genético, se necessário; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I, a)

b) a relação dos laboratórios que realizarão os exames diagnósticos, conforme descrito neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I, b)

II - atualização dos dados no SCNES dos estabelecimentos a serem habilitados; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, II)

III - cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o serviço de saúde, quando este não for da rede própria da respectiva secretaria de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, III)

IV - a indicação do(s) eixo(s) assistencial(is) de que trata o art. 12, bem como os grupos de doenças doença(s) para a(s) qual(is) o estabelecimento ofertará a assistência; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, IV)

V - Formulário de Vistoria disponível no Anexo 5 do Anexo XXXVIII , preenchido e assinado pelos respectivos gestores públicos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, V)

VI - titulação dos profissionais da equipe mínima assistencial e do responsável técnico cadastrados no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, VI)

§ 1º Poderá ser habilitado mais de 1 (um) Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras dentro do mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 1º)

§ 2º Na hipótese de ocorrência do disposto no § 1º, será acrescido à equipe mínima um profissional médico para cada Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras excedente, sendo os demais profissionais da equipe mínima comuns a todos os Serviços de Atenção Especializada em Doenças raras habilitados nesse mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 2º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

§ 3º O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou o Serviço de Referência em Doenças Raras que realizar o aconselhamento genético, deverá obedecer aos critérios descritos neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 3º)

Art. 21. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da portaria específica de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VII
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 22. O monitoramento de que trata este Anexo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 28)

Art. 23. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 29)

Art. 24. Para fins do disposto neste Anexo, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados Anexo XXXVIII; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30, II)

CAPÍTULO VIII
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VIII)

Art. 25. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com doenças raras no âmbito do SUS estarão submetidos à regulação, controle e avaliação pelos respectivos gestores públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 31)

Art. 26. O Ministério da Saúde monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, de acordo com as informações no SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 32)

Art. 27. As Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas neste Anexo, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 33)

Art. 28. O Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS), em conjunto com a CGMAC/DAET/SAS/MS, será responsável pelo monitoramento e a avaliação contínua dos Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras e dos Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 34)

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO IX)

Art. 29. A solicitação dos exames para diagnóstico das doenças raras, conforme descrito neste Anexo, será facultado apenas aos estabelecimentos habilitados como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 35)

Art. 30. As Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do SUS serão disponibilizadas no endereço eletrônico www.portal.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 36)

Art. 31. Os medicamentos e as fórmulas nutricionais incorporados pela CONITEC e constantes dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cuidados das pessoas com doenças raras serão objeto de pactuação tripartite no âmbito da assistência farmacêutica e dispostos em atos específicos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 37)

Art. 32. A APAC emitida para a realização dos procedimentos de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 1 - Anomalias congênitas ou de manifestação tardia, Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual e Eixo I: 3 - Erros Inatos do Metabolismo, terão validade fixa de 3 (três) competências. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38)

§ 1º Na APAC inicial dos procedimentos descritos no "caput" deverá ser registrado o procedimento principal (códigos: 03.01.01.019-6 ou 03.01.01.020-0 ou 03.01.01.021-8) de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras com o quantitativo 1 (um) com os procedimentos secundários realizados. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38, § 1º)

§ 2º A partir da segunda competência (APAC de continuidades), se houver necessidade de novos procedimentos secundários, o procedimento principal de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras deverá ser registrado com o quantitativo zerado e os respectivos procedimentos secundários realizados quantificados, durante o período de validade da APAC. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38, § 2º)

Art. 33. O procedimento de Aconselhamento Genético (código: 03.01.01.022-6) descrito Anexo XXXVIII poderá ser executado por equipe de saúde multiprofissional habilitada para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A)

§ 1º O Aconselhamento Genético envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consulente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 1º)

§ 2º Quando o aconselhamento genético envolver diagnóstico médico, tratamento clínico e medicamentoso, será obrigatória a presença de médico geneticista. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 2º)

§ 3º É obrigatória a elaboração de laudo escrito e assinado pelo profissional responsável que realizou o aconselhamento genético, a ser anexado no prontuário do consulente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 3º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

§ 4º O aconselhamento genético será realizado no SUS apenas nos serviços de saúde definidos e pactuados pelo gestor local com habilitação específica para o referido procedimento (código 32.14), conforme descrito no Anexo 2 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 4º)

Art. 34. Fica incluído na Tabela de Serviços Especializados do SCNES o Serviço de ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (código - 168) com as respectivas classificações, conforme o Anexo 1 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 39)

Art. 35. Ficam incluídas na Tabela de Habilitações do SCNES, Grupo de habilitação 35 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras, as habilitações, conforme definido no Anexo 2 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 40)

Art. 36. Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos referentes à assistência às pessoas com doenças raras no SUS, conforme disposto no Anexo 3 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 41)

Art. 37. Ficam incluídas compatibilidades entre procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS referentes aos procedimentos relativos à assistência às pessoas com doenças raras no SUS, conforme disposto no Anexo 4 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 42)

Art. 38. Ficam alterados na Tabela de Procedimentos do SUS os atributos dispostos no Anexo 6 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 43)

ANEXO 1 DO ANEXO XXXVIII

Serviço Especializado 168 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 1)

SERVIÇO ESPECIALIZADO 168 - ATENÇÃO AS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981/GM/MS, de 2014)

CÓD. SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
168	ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS	001	ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DOENÇAS RARAS	1	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2253*	Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
		002	REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS	1	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
					2251-24	Médico pediatra
					2251-12	Médico neurologista
					2251-25	Médico clínico geral
					2215-10	Psicólogo clínico
					2216-05	Assistente social
				2	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2253*	Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
					2251-24	Médico pediatra
					2251-12	Médico neurologista
					2251-25	Médico clínico geral
					2215-10	Psicólogo clínico
					2216-05	Assistente social
					2237-10	Nutricionista

Os CBOs indicados com asterisco (*) referem-se à possibilidade de inclusão de qualquer código referente a estas famílias de CBO que tenham comprovada experiência na área.

ANEXO 2 DO ANEXO XXXVIII

Tabela de Habilitações para à Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 2)

TABELA DE HABILITAÇÕES PARA À ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981 /GM/MS, de 2014)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	RESPONSABILIDADE
35.01	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I Doença Rara de Origem Genética: 1 - Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia	Centralizada
35.02	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 2- Deficiência Intelectual Associada à Doença Rara	Centralizada
35.03	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 3- Erro Inato do Metabolismo (EIM)	Centralizada
35.04	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 1- Doenças raras inflamatórias	Centralizada
35.05	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 2- Doenças raras infecciosas	Centralizada
35.06	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 3- Doenças raras autoimunes	Centralizada
35.07	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 1- Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia	Centralizada

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

35.08	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 2- Deficiência intelectual associada a Doenças Raras	Centralizada
35.09	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 3- Erro Inato de Metabolismo (EIM)	Centralizada
35.10	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 3- Doenças raras autoimunes	Centralizada
35.11	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 2- Doenças raras inflamatórias	Centralizada
35.12	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 1- Doenças raras infecciosas	Centralizada
35.13	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 4- Outras Doenças Raras de Origem não Genética	Centralizada
35.14	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 4 - Outras Doença Rara de Origem não Genética	Centralizada
35.15	Serviço de Aconselhamento Genético	Centralizada

Obs: quando existir a habilitação em Erros Inatos do Metabolismo - EIM deverá ser indicado a vinculação do profissional nutricionista (CBO: 2237-10) no estabelecimento o qual irá compor a equipe.

ANEXO 3 DO ANEXO XXXVIII

Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 3)

Procedimento:	03.01.01.019-6 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 1 - Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia
Origem	Novo
Descrição	Consiste na Avaliação Clínica por médico especialista e investigação laboratorial, referentes ao Eixo Doenças Raras Genéticas que cursam com Anomalias Congênitas ou de Manifestações Tardias.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal),
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 800,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 800,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	D82.0, D82.1, E77.8, F70, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, G10, G12, G12.0, G12.1, G12.2, G12.3, G12.8, G12.9, H35.5, Q78.0, Q79.6, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Q82.1, Q96, Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8, Q96.9, Q97, Q97.0, Q97.1, Q97.2, Q97.3, Q97.8, Q97.9, Q98, Q98.0, Q98.1, Q98.2, Q98.3, Q98.4, Q98.5, Q98.6, Q98.7, Q98.8, Q98.9, Q99, Q99.1, Q99.0, Q99.1, Q99.2, Q99.8, Q99.9
Serviço/classificação:	168/001,168/002
Habilitação:	35/01.35/07

Procedimento:	03.01.01.020-0 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual
Origem	Novo
Descrição	Consiste na avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com deficiência intelectual.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal),
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 800,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 800,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	D82.0, D82.1, E70.0, E70.1, E70.2, E70.3, E70.8, E70.9, E75.0, E75.1, E76, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8, E76.9, E77, E77.0, E77.1, E77.8, E77.9, F84.2, G12.0, G12.1, G12.2, G12.8, G12.9, G37.0, G37.1, G37.2, G37.3, G37.4, G37.5, G37.8, G37.9, G71.0, G71.1, G71.2, Q00.0, Q00.1, Q00.2, Q85.0, Q85.1, Q85.8, Q85.9, Q87, Q87.0, Q87.1, Q87.2, Q87.3, Q87.4,

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

	Q87.5, Q87.8, Q92.2, Q92.3, Q92.6, Q92.8, Q92.9, Q93.3, Q93.5, Q93.9, Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8, Q96.9, Q99.0, Q99.1, Q99.2, Q99.8, Q99.9
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/02, 35/08

Procedimento:	03.01.01.021-8 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 3 - Erros Inatos do Metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste na avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com Erros Inatos do Metabolismo.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal), 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 600,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 600,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	E16.1, E70.0, E70.1, E70.2, E70.3, E70.8, E70.9, E71.0, E71.1, E71.2, E71.3, E72.0, E72.1, E72.2, E72.3, E72.4, E72.5, E72.8, E72.9, E74.0, E74.1, E74.2, E74.3, E74.4, E74.8, E74.9, E75.0, E75.1, E75.2, E75.3, E75.4, E75.5, E75.6, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8, E76, E77.0, E77.1, E77.8, E77.9, E80.0, E80.1, E80.2, E80.3, E80.4, E80.5, E80.6, E80.7, E83.0, E83.1, E83.2, E83.3, E83.4, E83.5, E83.8, E83.9, F70, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9 , G37.0, G37.1, G37.2, G37.3, G37.4, G37.5, G37.8, G37.9, G71.0, G71.1, G71.2, G71.3, G71.8, G71.9, G72.0, G72.1, G72.2, G72.3, G72.4, G72.8, G72.9, E83.0
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/03, 35/09

Procedimento:	03.01.01.022-6 - Aconselhamento genético
Origem	Novo
Descrição	Procedimento que envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consulente, realizado por equipe de saúde multiprofissional capacitada
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA – I
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 100,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 100,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima	01
CBO:	2251-75 Médico geneticista ; 221105 – Biólogo
CID:	Z31.5
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/07, 35/08, 35/09, 35/10, 35/11, 35/12, /35/14, 35/15

Procedimento:	02.02.10.005-7 - Focalização isoelétrica da transferrina
Origem	Novo
Descrição	Consiste em teste pelo método de isoeletrofocalização, para detecção de todos os subtipos de defeitos congênitos da glicosilação tipo I. O agravo é decorrente da deficiência, ou ausência, de carboidratos, secundária à secreção de glicoproteínas, especialmente transferrina sérica, devido à atividade enzimática anormal da fosfomanomutase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.006-5 - Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, digestão com enzimas de restrição específicas, separação dos fragmentos em gel de agarose, transferência para membrana seguida de hibridação com uma ou mais sondas específicas, para detecção de uma determinada sequência e seu tamanho, ou determinação de sua ausência.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)o por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.007-3 - Análise de DNA por MLPA
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da hibridização do DNA genômico a uma mistura de sondas específicas para cada uma de diversas regiões estudadas simultaneamente, com amplificação dos produtos de ligação pela técnica de reação em cadeia de polimerase, utilizando um par de primers universal. A visualização dessas amplificações pode ser feita por eletroforese capilar e a análise por programas específicos de genotipagem. A técnica permite detectar deleções e duplicações de genes.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.008-1 - Identificação de mutação/rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da amplificação da sequencia de DNA de interesse por primers específicos, através da ação da enzima DNA polimerase, com visualização em gel após eletroforese (PCR clássico), ou diretamente pela dinâmica da reação de PCR (qPCR), podendo

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

	ser antecedida por tratamentos prévios que permitam verificação do estado de metilação (PCR sensível a metilação e qPCR sensível a metilação).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.009-0 FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
Origem	Novo
Descrição	Técnica usada para verificar a presença ou ausência, o número de cópias e a localização cromossômica de uma sequência de DNA específica tanto nos cromossomos em metáfase quanto nas células em interfase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011- Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.010-3 - Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da hibridação genômica comparativa com milhares de sequências de DNA arranjadas em uma base (array) para detecção de variação no número de cópias de sequências de DNA (perdas ou ganhos de material cromossômico).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.011-1 - Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA seguido do sequenciamento bidirecional pelo método de Sanger de uma sequencia de até 500 pares de bases. O método é utilizado para identificação de mutações pontuais, deleções e duplicações de bases.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.012-0 - Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
Origem	Novo
Descrição	Consiste na detecção de glicosaminoglicanos na urina de pacientes suspeitos de mucopolissacaridoses, um erro inato do metabolismo, qualitativamente através de cromatografia de camada delgada, eletroforese ou quantitativamente, através de espectrofotometria.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.013-8 - Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
Origem	Novo
Descrição	Consiste na separação de oligossacarídeos e sialossacarídeos em cromatografia de camada delgada, com identificação de suas bandas para diagnóstico de erros inatos do metabolismo que acumulam esses metabólitos.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.014-6- Dosagem quantitativa de carnitina, perfil de acilcarnitinas
Origem	Novo
Descrição	Consiste na identificação e quantificação, através da espectrometria de massa, de carnitina e acilcarnitinas em sangue para auxílio diagnóstico em acidemias orgânicas, defeitos de beta-oxidação de ácidos graxos e doenças do metabolismo energético em geral.
Complexidade:	MC - Média Complexidade

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02. 10.015-4 - Dosagem quantitativa de aminoácidos
Descrição	Consiste na identificação e quantificação dos aminoácidos em sangue ou urina, através de cromatografia gasosa, cromatografia líquida de alta performance (HPLC) ou espectrometria de massa para diagnóstico de aminoácidopatias.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(S)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.016-2 - Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos
Descrição	Consiste na identificação e quantificação de ácidos orgânicos, por cromatografia gasosa acoplada a espectrometria de massa para auxílio diagnóstico em acidemias orgânicas.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.017-0. - Ensaios enzimáticos no plasma e leucócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total para medida da atividade enzimática em plasma, leucócitos ou tecido (fibroblasto, tecido hepático, medula óssea, etc.) A ser cultivado, em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente bioquímicas, fluorimétricas, espectrofotométricas, colorimétricas e outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima::	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.018-9 - Ensaios enzimáticos em eritrócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total, separando-se os eritrócitos. A técnica utilizada é, geralmente, fluorimétrica, podendo ainda ser espectrofotométrica ou colorimétrica. Auxilia no diagnóstico de galactosemia, podendo-se dosar tanto a galactose-1-fosfato, quanto a galactose total, além de se fazer o ensaio bioquímico para análise da atividade enzimática da galactose-1-fosfato uridil transferase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.019-7 - Ensaios enzimáticos em tecido cultivado para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de uma análise bioquímica realizada em tecido cultivado, preferencialmente fibroblasto, coletado através de uma biópsia de pele e cultivado em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente fluorimétricas, espectrofotométricas ou outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais. É útil para o diagnóstico de doenças lisossômicas.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.05.007-6 - Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Descrição	Consiste na análise de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA (individualizado), 07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	MAC

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Valor Ambulatorial SA:	R$ 3,70
Valor Ambulatorial Total:	R$ 3,70
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145 005 Exames de uroanálise (Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico) 145/011 - Exames de genética (Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico)
Regra Condicionada	008- Sem valor quando apresentado como APAC secundário tem valor zerado

ANEXO 4 DO ANEXO XXXVIII

Compatibilidade dos Procedimentos Relativos à Assistência à Pessoa com Doença Rara no SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 4)

COMPATIBILIDADE DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA A PESSOA COM DOENÇA RARA NO SUS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
03.0101.019-6	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo I - anomalias congênitas o	02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.006-5	Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.008-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.009-0	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
03.01.01.020-0	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo II - deficiência intelectual	02.02.10.012-0	Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
		02.02.10.013-8	Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.014-6	Dosagem quantitativa de carnitinas, perfil de acilcarnitinas
		02.02.10.015-4	Dosagem quantitativa de aminoácidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.016-2	Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.006-3	Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.009-0	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
03.01.01.021-8	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo III - erros inatos do metabolismo	02.02.05.007-6	Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.012-0	Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
		02.02.10.013-8	Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.014-6	Dosagem quantitativa de carnitinas, perfil de acilcarnitinas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

		02.02.10.015-4	Dosagem quantitativa de aminoácidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.016-2	Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.017-0	Ensaios enzimáticos no plasma, leucócitos e tecidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.018-9	Ensaios enzimáticos em eritrócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.019-7	Ensaios enzimáticos em tecido cultivado para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.008-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases

ANEXO 5 DO ANEXO XXXVIII

Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação de Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 5)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA SOLICITAR HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981/GM/MS, de 2014)

Nome da Unidade: _____

CNPJ: _____CNES_____

Endereço: _____

Município: _____UF:_____

CEP:_____ Telefones: ( ) _____

Fax: ( ) _____E-mail:_____

Diretor Técnico: _____

Telefones:( )_____Fax:( )_____

E-mail: _____

Gestor: _____Telefones: ( )_____

Fax:( )_____

E-mail: _____

NORMAS ESPECÍFICAS PARA HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS

A) EXIGÊNCIAS GERAIS:

1. Parecer conclusivo do respectivo Gestor (Municipal e/ou Estadual) do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento:

_____

2. Enviou a Resolução da Comissão Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) contendo a relação dos estabelecimentos de saúde que realizarão a atenção especializada como Serviço de Atenção Especializada ou Serviço de Referência em Doenças Raras, no âmbito do SUS, conforme descrito nesta Portaria.

( ) Sim ( ) Não

Informar CIB Nº:_____ Data: _____de _____de_____.

3. Relatório de vistoria da VISA local com parecer conclusivo sobre a habilitação em pauta

( ) Sim ( ) Não

4. Enviou a atualização dos dados do SCNES:

( ) Sim ( ) Não

5. Enviou a cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o serviço de saúde, quando este não for da rede própria da respectiva secretaria de saúde.

( ) Sim ( ) Não

B) EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS:

1. TIPO DE SERVIÇO:

A. ( ) SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DOENÇAS RARAS

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

Eixo II - Doenças Raras de Origem não genética:

( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética

Doença (s): _____

O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, acima assinalado, está indicado pelo Gestor local para realizar o Aconselhamento Genético e preenche todos os requisitos explícitos na Portaria GM nº 199/2014 ( ) Sim ( ) Não

B. ( ) SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS

I - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo dois (2) grupos do eixo de doenças raras de origem genética: 1- anomalias congênitas ou de manifestação tardia associado a doenças raras, 2-deficiência intelectual associada a doença rara, 3- erros inatos do metabolismo associado a doenças raras, ou;

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

II - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo dois (2) grupos do eixo de doenças raras de origem não genética: 1- Doenças Raras infecciosas, 2- Doenças Raras inflamatórias, 3- Doenças Raras autoimunes, 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética; ou ( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética Doença (s): _____

III - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo um (1) grupo do eixo doenças raras de origem não genética e um (1) grupo do eixo de doenças raras de origem genética

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

Eixo II - Doenças Raras de Origem não genética:

( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética

Doença (s): _____

O Serviço de Referência em Doenças Raras, acima assinalado, está indicado pelo Gestor local para realizar o Aconselhamento Genético e preenche todos os requisitos explícitos na Portaria nº 199/GM/MS, de 2014 ( ) Sim ( ) Não

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

2. INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS:

A. Dispõe de áreas físicas deverão possuir alvará de funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

1. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; ( ) Sim ( ) Não

2. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; ( ) Sim ( ) Não

3. Resolução - RDC nº 306, de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde; ( ) Sim ( ) Não

4. Resolução - ABNT NBR 9050 - Norma Brasileira de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalações e adaptações de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. ( ) Sim ( ) Não

B. Dispõe dos seguintes serviços de apoio diagnóstico:

A. Laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e de exames genéticos, quando necessário ( ) Sim ( ) Não

( ) Próprio ( ) Terceirizado - nº do CNES: _____

B. Serviço de Imagem ( ) Sim ( ) Não

( ) Próprio ( ) Terceirizado - nº do CNES: _____

3. Garante, junto à Rede de Atenção à Saúde, as necessidades de internação (enfermaria e UTI) e cirurgia, que terão seus fluxos regulados conforme pactuações locais.

( ) Sim ( ) Não

4. Para se habilitar como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deve cumprir os seguintes requisitos:

I. Possui equipe mínima assistencial composta por: ( ) Sim ( ) Não

A. Enfermeiro: Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

B. Técnico de enfermagem ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

C. Médico responsável pelo Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras com comprovada experiência na área ou especialidade. ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

Aconselhamento Genético (preencher somente se for realizar o aconselhamento genético) :

a. Possui em sua equipe multiprofissional, o profissional médico geneticista, para realização do Aconselhamento Genético

( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

ou

b. Possui em sua equipe multiprofissional, um profissional com graduação na área da saúde e pósgraduação - mestrado ou doutorado acadêmico na área de Genética Humana ou Título de especialista em Biologia Molecular Humana ou Citogenética Humana, emitidos pela Sociedade Brasileira de Genética ou Titulo de Especialista em Genética, emitido pelo Conselho Federal de Biologia, e comprovação de no mínimo 800 horas de experiência profissional ou estágio supervisionado em Aconselhamento Genético, para realização do Aconselhamento Genético ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

Titulação: _____

II. Conta com um responsável técnico que deve ser médico, registrado no Conselho Regional de Medicina

( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III. Assume a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS

( ) Sim ( ) Não

IV. Reside no mesmo Município no qual se encontra o Serviço de Atenção Especializada em Doença Rara pelo qual é responsável ou em cidades circunvizinhas.

( ) Sim ( ) Não

A. No caso em que atender mais de uma doença, informar a especialidade do médico com comprovada experiência na área ou especialidade. ( ) Sim ( ) Não

1. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

2. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

3. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

5. Para se habilitar como Serviço de Referência em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deve cumprir os seguintes requisitos:

I. Possui equipe mínima assistencial cada grupo do Eixo I ou do Eixo II atendido pelo Serviço de Referência em Doenças Rara composta por: ( ) Sim ( ) Não

A. Enfermeiro: ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

B. Técnico de enfermagem ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

C. Médico com título de especialista na área da especialidade que acompanha, registrado no Conselho Regional de Medicina e/ou comprovação de atuação na doença rara específica por pelo menos 5 (cinco) anos. ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

D. Médico geneticista

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

E. Neurologista;

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

F. Pediatra (quando atender criança);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

G. Clínico Geral (quando atender adulto);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

H. Psicólogo;

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

I. Nutricionista (quando atender Erros Inatos do Metabolismo);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

J. Assistente Social.

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

II. Conta com um responsável técnico que deve ser médico,

Medicina ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Nº do registro no Conselho:_____

III. Assume a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS

( ) Sim ( ) Não

IV Reside no mesmo Município no qual se encontra o Serviço de Atenção Especializada em Doença Rara pelo qual é responsável ou em cidades circunvizinhas.

( ) Sim ( ) Não

V. O responsável técnico possui título de especialista na área da especialidade que acompanha e/ou comprovação de atuação na área por pelo menos cinco anos para uma das doenças raras acompanhadas pelo Serviço de Referência.

( ) Sim ( ) Não

ANEXO 6 DO ANEXO XXXVIII

ALTERAÇÕES DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 6)

Alterações da Tabela de Procedimentos do SUS

Código:	Alterar Nome
02.02.05.007-6	Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Incluir:Descrição	Consiste na análise de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Incluir: Serviço/Classificação	145/011 - Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)
Excluir: Instrumento de Registro	01-BPA (Consolidado)
Incluir: Instrumento de Registro	06-APAC (Proc.Secundário)
Incluir: Regra Condicionada	006- Sem valor quando apresentado como APAC secundário tem valor zerado

ANEXO XXXIX

Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (Origem: PRT MS/GM 3027/2007)

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), na forma do Anexo 1 do Anexo XXXIX . (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de que trata o art. 1º estará disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde www.saude.gov.br, mais especificamente na área da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Art. 2º)

Art. 3º Os processos administrativos relativos à gestão do SUS serão definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º)

§ 1º Os processos pactuados no âmbito de cada CIB deverão respeitar as diretrizes aprovadas na CIT e os critérios técnicos das portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A CIB terá o prazo de 30 dias para se posicionar. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º, § 2º)

Art. 4º Para a garantia da permanente qualificação do processo de descentralização, será efetuado o desenvolvimento de ações como: (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º)

I - oferta de capacitação das equipes técnicas de estados e de municípios para adequada realização das ações descentralizadas; (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, I)

II - apoio técnico às CIBs, por parte da CIT e do Ministério da Saúde (MS), como forma de estabelecer um processo permanente de qualificação das pactuações em curso; e (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, II)

III - definição das informações estratégicas que devem ser enviadas ao Ministério da Saúde para subsidiar o processo de homologação, monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, III

ANEXO 1 DO ANEXO XXXIX

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Anexo 1)

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)

Apresentação

O presente documento, elaborado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), objetiva apresentar a referida política, que orienta as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas esferas de gestão.

A proposta está fundamentada no programa de governo, na proposta da equipe de transição, nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, no Plano Nacional de Saúde (PNS) e nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como nos dispositivos constitucionais e legais que regulamentam o SUS.

O governo federal tem o compromisso de consolidar a Reforma Sanitária brasileira, ancorada no conceito ampliado de saúde, concebido como qualidade de vida e decorrente da implementação de políticas econômicas e sociais direcionadas ao bem-estar da população, reafirmando as responsabilidades do Estado em relação à proteção social, conforme preceitua o artigo 3º da Lei nº 8.080, de 1990.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 conceitua a seguridade social como um valor social, configurada como um sistema que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (artigo 194). Nesse contexto, o SUS surge como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, eqüidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde.
Entretanto, para que ocorra a efetiva participação social na gestão da saúde, é fundamental que se implementem mecanismos de mobilização dos diferentes sujeitos relacionados ao SUS, fortalecendo a cidadania plena. Formalmente, todos os estados e municípios têm conselhos de saúde; porém, em muitos casos, são frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações, requerendo iniciativas concretas das três esferas de gestão do SUS e da sociedade civil.

A administração federal tem buscado, entre suas prioridades, alcançar maior eficiência, eficácia e efetividade na gestão do Estado. Todavia, o crescente grau de complexidade da institucionalização do SUS, concomitantemente à progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, exige o alcance de maior competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema.

Com o objetivo de reunir diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS, a Secretaria de Gestão Participativa, criada em 2003, foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

13 de julho de 2006, quando passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Naquela oportunidade, incorporou-se à SGEP o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), foi instituído o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, transformou-se o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa e, por fim, ampliou-se o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS.

Por oportuno, destaco que tal processo vem contribuindo para a qualificação da administração pública, ampliando-se seu comprometimento com a gestão participativa.

Assim, em continuidade a esse movimento, apresento a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), debatida e aprovada no colegiado do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

1 Introdução

O Estado brasileiro vem enfrentando, energicamente, a lógica da oferta de serviços fragmentados, que advém da visão compartimentada das necessidades sociais, dificultando a apreensão integral das complexas dimensões que compõem o cotidiano dos indivíduos e das coletividades. Tal modalidade de oferta atendia aos interesses corporativistas e produtivistas das "múltiplas prestações de serviços", resultando na criação e manutenção do caos na demanda. Configurava, desta forma, um desvio do objeto da gestão pública, constituindo-se em estratégia disfarçada de privatização do Estado, por meio do esvaziamento do compromisso com a construção da eqüidade na oferta e utilização dos serviços públicos.

A eqüidade a ser construída pelas políticas públicas deve viabilizar a extensão de cobertura de serviços com qualidade em nome da universalidade, que não deve ser confundida com iniciativas que oferecem serviços de baixo custo, precários e de caráter compensatório e focalizante.

A emergência dos movimentos sociais nos anos 70 e 80, associada à mobilização nas universidades e nas organizações de usuários, gestores e trabalhadores da saúde, gerou, de modo pluralista e suprapartidário, as condições sociais e políticas de onde emerge, em meio à luta social, a noção da saúde como direito, assim como os princípios que viriam a servir de base para a criação do SUS.

Neste novo contexto histórico, realizou-se, em 1986, a 8a Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados, que aprovaram as bases do que viria a se constituir numa das principais conquistas sociais do período, o Sistema Único de Saúde, marco da construção democrática e participativa das políticas públicas, principal reforma popular e democrática em curso no Estado brasileiro. Esse amplo processo social gerou um fato inédito e singular: a apresentação de texto para a Assembléia Nacional Constituinte, que consagrava a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de uma emenda popular com mais de cem mil assinaturas. Assim, a participação da sociedade revela-se componente essencial, inerente ao processo da Reforma Sanitária Brasileira e sua marca emblemática.

Como conseqüência deste intenso processo, a Constituição Federal de 1988 incluiu a Saúde no Capítulo da Seguridade Social. Os artigos 196 a 200 introduzem grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a eqüidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde. Com isto, ficam estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS. Outro ponto que merece destaque é que as ações e os serviços de saúde são definidos como de relevância pública.

Em continuidade ao processo de construção do SUS, o texto constitucional foi detalhado nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), composta pelas Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Entre tantos pontos importantes, esta legislação definiu os mecanismos de participação popular/controle social e as competências das três esferas de governo.

As especificidades da área da saúde no Brasil fazem com que o debate acerca da função, do vínculo, dos resultados e das finalidades da implantação de toda e qualquer ação seja efetivada com base nos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na universalidade, eqüidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular. Tais princípios e diretrizes devem ser discutidos e incorporados na formulação de políticas dessa natureza.

Nesse contexto, o município deve ser valorizado como lócus de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade. A articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual, conformando um modelo regionalizado, representa a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde.

As bases do movimento da Reforma Sanitária, efetivadas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, apontaram o rumo da construção do modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades e demandas da população por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Como a realidade das regiões do país é bastante diversificada, em função da dinâmica sociopolítica e cultural e da amplitude geográfica, as demandas, necessidades e potencialidades podem variar, tornando fundamental a estratégia da descentralização. A regionalização cooperativa, contida no Pacto pela Saúde, firmado pelas três esferas do SUS, visa garantir o enfrentamento das iniqüidades com integralidade e racionalidade.

Esta tarefa exige o esforço de desencadear ações de educação em saúde que operem no sentido de ampliar a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Ao mesmo tempo, implica tornar visíveis as mudanças que vêm ocorrendo no SUS, a partir da concepção das equipes multiprofissionais de saúde, da intersetorialidade, da integralidade e do acolhimento.

A integralidade do cuidado à saúde e a humanização no SUS representam campos nos quais é possível a construção da autonomia das pessoas como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro de todo o processo de organização das práticas, pois possibilitam o encontro entre a necessidade e o desejo da população, com a lógica que orienta e preside as respostas institucionais. Por tudo isso, são consideradas políticas estruturantes para a gestão do SUS. Além disso, o atual governo acolheu as demandas oriundas de diferentes grupos relacionados com ações intersetoriais de inclusão social (populações negra e quilombolas, populações do campo e da floresta, população de gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros e travestis – GLBTT, ciganos, população em situação de rua e outros), gerando comitês técnicos que articulam governo e sociedade civil, mas que ainda não contavam com uma adequada estruturação.

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Igualmente, é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo. Torna-se necessário, também, aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS.

A auditoria no âmbito do SUS, nesse novo contexto, vem passando por um processo de mudança de conceitos, normas e procedimentos, substituindo antigas práticas voltadas para a assistência individual e focadas no erro, reforçando a preocupação com o acompanhamento dos serviços de saúde, das ações preventivas, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados, contribuindo para a garantia do acesso e da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, pautada na visão do coletivo.

O “Monitoramento, Avaliação e Controle da Gestão do SUS”, uma das Metas Presidenciais sob responsabilidade do Ministério da Saúde, dá concretude a uma lacuna referente à qualificação da gestão do Sistema, além de ser um exemplo importante da necessidade de integração entre as áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, pois mantém estreita relação com os demais departamentos citados.

Assim, a gestão estratégica e participativa encontra-se presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. A criação da SGEP, com seus quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS resulta desse movimento. Estas estruturas representam áreas de atuação complementar, devendo atuar de forma integrada, com maior racionalidade e ganho de eficácia, evitando duplicidade de ações ou conflito de competências.

A criação da SGEP representa ousada inovação no desenvolvimento dos processos participativos e aperfeiçoamento da democracia do Estado. A SGEP tem a responsabilidade de acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS.

2 Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Além do estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS tem por base os seguintes princípios e diretrizes:

Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, eqüidade, integralidade e participação social.

Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.

Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à eqüidade no exercício do direito à saúde.

Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes.

Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.

Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde.

Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS.

Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde.

Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

3 Componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida.

Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

As práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da eqüidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS compreende os componentes a seguir discriminados.

3.1 A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS

As conquistas populares no Brasil têm apresentado trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas conferências e nos conselhos de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tornou-se um marco por ter discutido o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte. As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª à 12ª, reafirmam como indispensáveis a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde afirma a necessidade de “Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos”.

Nesse processo, algumas propostas emanadas das conferências devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais – assegurando aos mesmos dotação orçamentária própria.

Consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos conselhos, com composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros.

Reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, considerados atores estratégicos para a gestão participativa.

Aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão.

Uma estratégia em desenvolvimento pela Secretaria está permitindo a construção do ParticipanetSUS, um sistema composto pelo cadastro, perfil e indicadores de avaliação dos conselhos de saúde, que visa identificar as principais questões relacionadas ao funcionamento dos conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros. O diagnóstico construído evidencia que, apesar dos significativos avanços em sua ação, quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, os conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, como o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; precárias condições operacionais e de infraestrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; dificuldade e desmobilização para a formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados.

Para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos, nos seguintes tipos:

Mecanismos institucionalizados de controle social, representados pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos conselhos regionais, bem como conferências e plenárias regionais.

Processos participativos de gestão, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem-se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, nas três esferas de governo.

Instâncias de pactuação entre gestores, como as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), envolvendo representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que conta com representantes do Ministério da Saúde, além dos representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, constituindo espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS.

Mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares.

Processos de educação popular em saúde desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS.

Reconstrução do significado da educação em saúde que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS.

Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersetorialidade) caracterizando o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e da sociedade civil, que atuam na produção social da saúde.

Este conceito ampliado de gestão participativa está estreitamente relacionado com as demais áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: os mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações da população, valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema, representados pelas ouvidorias do SUS; os mecanismos participativos de monitoramento e avaliação da gestão, das ações e dos serviços de saúde; e as ações de auditoria que desencadeiam medidas para o aprimoramento da gestão do SUS, de forma eficaz e efetiva, nas três esferas de governo.

Assim, o fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da eqüidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão. Deve-se, assim, estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na Saúde.

Todas essas formas que promovem a participação social e caracterizam a gestão participativa do SUS têm pela frente a tarefa de se apropriar da construção de novos modelos de atenção e gestão da saúde, regido sob a lógica das necessidades, demandas e direitos de toda a população.

O Pacto pela Saúde é a reafirmação da importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação. Além de analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), correspondente a sua esfera, os conselhos de saúde têm um papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo plano de saúde, que deve ter coerência com o TCG. Anualmente, os conselhos de saúde farão, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos planos de saúde, a partir do que foi acordado no Termo de Compromisso.

3.2 Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Diante da complexidade do processo de construção de um modelo de atenção à saúde voltado à qualidade de vida, modelo reiteradamente reforçado pelas Conferências Nacionais de Saúde (especialmente 10a, 11a e 12a), as dimensões de monitoramento e avaliação devem, necessariamente, buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coletivos, também os indicadores da desigualdade e iniqüidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas.

A preocupação com as ações de monitoramento e avaliação é crescente desde a criação do Sistema Único de Saúde, com diversos movimentos visando ao estabelecimento de conceitos, metodologias e práticas. Em 2000, em meio às reformas neoliberais em curso, o tema foi objeto de uma publicação polêmica da Organização Mundial da Saúde (OMS), que teve o mérito de gerar um intenso debate que realçou outros processos em desenvolvimento na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), uma das unidades regionais da própria OMS, e em países como Reino Unido, Canadá e Austrália, atentos a questões como as da eqüidade, as dimensões sociais do processo saúde-doença e a reorganização dos serviços e ao direito à saúde.

No Brasil, merece destaque o projeto PRO-ADESS (maiores informações poderão ser obtidas em www.proadess.cict.fiocruz.br) que reuniu pesquisadores de diversas instituições ligadas à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), produzindo importantes contribuições metodológicas e conceituais, no sentido de:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

a) compreender, monitorar e avaliar as inter-relações e os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a eqüidade no desempenho do SUS;

b) melhorar a formulação das políticas;

c) monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil; e

d) criar instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação destinados aos municípios, aos estados e à esfera federal, bem como mecanismos de acesso e difusão da informação e de formação permanente, voltados aos gestores, trabalhadores e usuários, em especial aos membros dos conselhos de saúde.

Para o monitoramento e avaliação de processos e resultados, são fundamentais os indicadores de estrutura, em especial no que se refere a recursos alocados, condução financeira e seu impacto nas metas e indicadores de saúde. O crescente desenvolvimento de ações de cooperação técnica e financeira entre União, estados e municípios vem evidenciando a necessidade de novos mecanismos de controle, interno e externo, que ampliem o papel exercido pelos mecanismos de controle social. Sendo assim, o problema da prestação de contas insere-se numa questão maior, envolvendo outros órgãos como a Secretaria Federal de Controle, da Controladoria-Geral da União (SFC/CGU), demonstrando a necessidade e a importância desse componente nas atividades de monitoramento e avaliação.

Monitoramento pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos.

Fruto de um intenso debate promovido pelo Ministério da Saúde, entre 2003 e 2005, envolvendo diversos órgãos, evidenciou-se a necessidade de uma estrutura que assumisse as tarefas de articulação, apoio e difusão das ações de monitoramento e avaliação que se encontram em curso nas diversas secretarias do Ministério da Saúde e demais unidades, bem como nas outras esferas do SUS, motivando a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, integrando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Uma das primeiras tarefas do novo departamento está sendo a preparação da publicação Painel de Indicadores do SUS, editada pela SGEP/MS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que tem como objetivo estimular a participação social e apoiar a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, rumo à consolidação do SUS.

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da eqüidade e da qualidade em saúde.

Outra ação em desenvolvimento, em articulação com as diferentes áreas do MS, é a regulamentação do monitoramento do Pacto pela Saúde. Este deve ser um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem os Termos de Compromisso de Gestão e os cronogramas pactuados, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de apoio para a qualificação do processo de gestão. Além disso, o Pacto pela Saúde estabelece diversas atribuições e responsabilidades das três esferas de gestão, em relação a monitoramento e avaliação, indicando a necessidade de articulação entre elas.

Nesse sentido, mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo-se a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

3.3 A Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria-Geral do SUS foi criada em 2003, tendo como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, apresentou, entre suas contribuições para a construção da Política Nacional de Ouvidorias do SUS, as seguintes propostas:

Criar e implementar, nas três esferas de governo, um processo de escuta contínua e interlocução entre usuários do SUS, por intermédio de serviços telefônicos gratuitos.

Desenvolver ampla pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e profissionais do SUS, quanto aos serviços e atendimento no âmbito do SUS.

Utilizar o instrumento de ouvidoria para fortalecer o controle social e a gestão participativa.

As ouvidorias são canais democráticos de comunicação, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. Por meio da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS), é papel da Ouvidoria efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. As ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social. As ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão.

O processo de avaliação tem caráter permanente e funciona a partir da perspectiva do usuário do SUS, contribuindo efetivamente para o aperfeiçoamento gradual e constante dos serviços públicos de saúde. As experiências de ouvidorias do SUS implantadas na União, estados e municípios contribui para a construção do Sistema Nacional de Ouvidorias, com vistas à descentralização do serviço e à identificação das reais necessidades da população. É imprescindível o compromisso dos gestores na tarefa de promover e estruturar canais abertos e acessíveis de comunicação com a população.

A implementação de uma ouvidoria bem estruturada e articulada com as três esferas de governo em conjunto com a comunidade, que insere o usuário no processo da administração das ações e serviços de saúde oferecidos pelo Estado, contribuirá para o apontamento e a identificação da necessidade de ajustes, criação e/ou extinção de mecanismos de gestão, programas, serviços e gerência das estruturas componentes do SUS. Portanto, a partir do momento em que esse usuário se manifesta, no exercício de sua cidadania, torna-se necessário criar meios acessíveis de interação entre os gestores e a população.

Em 2005, foi dado um passo importante no sentido da construção da Política Nacional de Ouvidorias do SUS, com a definição de suas diretrizes, de forma pactuada e com ampla participação.

A proposição de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, estruturado no interior da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, deve atuar de forma auxiliar e complementar, considerando as estruturas já institucionalizadas, tais como os conselhos de saúde, as comissões intergestores, as corregedorias e o Sistema Nacional de Auditoria.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

É importante registrar que o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges) incorporou e vem estruturando os serviços “Disque Saúde” do Ministério da Saúde (Central de Atendimento Telefônico de Discagem Direta Gratuita/DDG), atualmente unificados no 0800-61-1997, com o intuito de facilitar o acesso e para melhor atender ao cidadão-usuário. Além disso, o Doges desenvolve parcerias com outros órgãos do Ministério da Saúde, como o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além de outras estruturas da esfera federal, como a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Além desse atendimento, a Ouvidoria conta com uma área técnica especializada que realiza o trabalho de captação, acompanhamento e encaminhamento das demandas e informações provenientes dos serviços 0800; das correspondências espontâneas enviadas pelo cidadão-usuário à Presidência da República, ao Gabinete do Ministro e ao próprio Doges; de correspondências eletrônicas (Portal da Saúde/MS); do atendimento pessoal e das pesquisas de satisfação do usuário do SUS. Todas essas alternativas de atendimento viabilizam um canal permanentemente aberto entre o cidadão e o Ministério da Saúde.

O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS vem propiciando espaços de discussão para a construção, de forma pactuada, das diretrizes para a Política Nacional de Ouvidoria do SUS, por intermédio da promoção de convênios com vários estados e municípios, bem como investindo na organização de mecanismos de integração das ouvidorias, incluindo o esboço legal de um sistema nacional de ouvidoria e do desenvolvimento de uma ferramenta informatizada – o Ouvidor-SUS – destinada a ampliar e otimizar o atendimento das demandas provenientes da população, trabalhando dessa forma, a perspectiva de descentralização.

A sociedade brasileira passou a adotar, principalmente na busca por seus direitos em saúde, uma atitude nitidamente mais crítica e consciente, portanto a Ouvidoria-Geral do SUS é um instrumento da democracia participativa que trabalha na perspectiva de contribuir ativamente para ampliar a participação dos cidadãos, de forma a fortalecer as estratégias da gestão participativa, ampliando o processo do controle social, valorizando as opiniões geradas pelos usuários do SUS.

3.4 A Auditoria do SUS

A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Conceitualmente, a auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), órgão central do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), tem-se caracterizado como um órgão relevante de controle interno no âmbito do SUS, a partir de mudanças conceituais, normativas e operacionais, em consonância com seus princípios e diretrizes, alterando a lógica da produção/faturamento para a lógica da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados.
A nova concepção de saúde, pautada em princípios inerentes ao campo dos direitos humanos e sociais, exige dos técnicos e gestores da área, mudanças no sentido de apropriar novos conhecimentos, aprimorar e desenvolver novas técnicas, definindo padrões na forma de pensar e fazer auditoria.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), em seu art. 16, inciso XIX, atribui à direção nacional do SUS competência para estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e o Distrito Federal.

A Lei nº 8.689/1993, que instituiu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), define, no art. 6º, como competência precípua do SNA, a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS. Destaca que a concretização do SNA deverá se dar de forma descentralizada por meio dos órgãos estaduais, municipais e da representação do Ministério da Saúde em cada estado da Federação, expressando assim a sua dimensão técnica e política.

O SNA, além de exercer as atividades de controle das ações e serviços de saúde, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, deve proceder à avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade, bem como realizar auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial, como estabelece o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Ao receber a demanda e/ou após avaliar a necessidade de realizar a ação, é gerada uma tarefa no Sistema de Auditoria (Sisaud), norteando a atividade a ser desencadeada. Após esse procedimento, programa-se a ação, define-se o período de execução e designa-se a equipe responsável, cabendo a esta a emissão do correspondente relatório, que será o produto da análise e do cruzamento de dados gerados pelos diversos sistemas de informações do MS e de outras fontes e da verificação in loco da realidade concreta.

Cabe ao Denasus, além da realização de auditorias, o fortalecimento dos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, visando unificar os processos e práticas de trabalho para os três entes federativos, bem como contribuir para o aperfeiçoamento organizacional, normativo e de recursos humanos dos órgãos que compõem o SNA. Isto ocorre por meio de mecanismos que busquem maior interação e troca de informações entre seus componentes, possibilitando um diagnóstico mais preciso das necessidades de desenvolvimento e ações de capacitação de recursos humanos para a assunção das responsabilidades em cada nível de gestão.

Finalmente, o SNA deve atuar orientado, também, pelos resultados do monitoramento implementado pelas áreas finalísticas; pelos indicadores de avaliação; pelos pontos relevantes e fatores de riscos evidenciados por auditorias anteriores; pelas demandas originadas dos conselhos de saúde, movimentos sociais, do cidadão, de outros órgãos de controle e pelas prioridades governamentais, retroalimentando a gestão do SUS.

Assim, as ações de auditoria estão voltadas para o diagnóstico e a transparência, estimulando e apoiando o controle social, possibilitando o acesso da sociedade às informações e resultados das ações do SNA e consolidando a auditoria como instrumento de gestão.

Integra o Sistema Nacional de Auditoria uma Comissão Corregedora Tripartite composta por representantes da direção nacional do SUS, do Conass e do Conasems, conforme disposto no Decreto nº. 1.651, de 28 de setembro de 1995, cujas competências foram definidas pelo respectivo decreto e pela Portaria nº 2.123, de 30 de agosto de 2007.

4 Ações a Serem Desenvolvidas

Neste item são apresentadas as ações a serem desenvolvidas no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

1. Implementação da Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Eqüidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniqüidade:

a) Combate às iniqüidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBTT – gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis e, em situação de rua, cigana, entre outras;

b) Promoção de espaços de discussão e de fomento ao combate às iniqüidades em saúde nos níveis loco-regionais;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

c) Sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da eqüidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde;

d) Ampliação do acesso às populações negra, do campo e da floresta, GLTTB em situação de rua, cigana, entre outras, aos serviços e ações de saúde em articulação com os gestores;

e) Promoção de educação em saúde e controle social.

2. Brasil Quilombola:

a) Promoção da eqüidade na atenção à saúde da população quilombola;

b) Estabelecimento do recorte racial na política da saúde, nos aspectos relacionados à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do SUS;

c) Atenção à saúde das populações quilombolas.

3. Aprimoramento das Instâncias e Processos de Participação Social no SUS:

a) Realização da Conferência Nacional de Saúde;

b) Capacitação contínua de conselheiros de saúde;

c) Criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informação entre conselheiros de saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem sucedidas destes conselhos;

d) Aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e busca de novos canais de escuta da população;

e) Implantação de conselhos de gestão participativa nos estabelecimentos de saúde federais e municipais;

f) Intersetorialidade adotada como prática de gestão;

g) A disseminação de experiências bem sucedidas de gestão participativa em saúde deverá ser consolidada em uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições;

h) Implantação de ouvidorias no SUS e implementação de práticas de ausculta dos usuários, profissionais e gestores.

4. Gestão da Política de Saúde

Implementação de práticas de gestão estratégica com ações de auditoria do SUS e de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

5. Consolidação do Processo de Reforma Sanitária no País Realização de conferências temáticas e divulgação dos resultados, em parceria com o CNS.

6. Fortalecimento da Gestão do Trabalho no SUS

a) Promoção de conhecimento sobre o SUS, sua organização, acesso, responsabilidades de gestão e direitos dos usuários;

b) Implementação da educação permanente para o controle social no SUS.

7. Qualificação e Humanização na Gestão do SUS

Organização de instâncias que possibilitem a ausculta sistemática de profissionais de saúde.

5 Atribuições e Responsabilidades das Esferas de Gestão

As atribuições e responsabilidades dos gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, têm como base o Pacto pela Saúde.

5.1 Atribuições e Responsabilidades do Gestor Federal

Na esfera federal, o órgão responsável pela coordenação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS é a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com seus quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS. São atribuições do SGEP:

1. Acompanhar e apoiar os municípios, os estados e o Distrito Federal na elaboração dos respectivos componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

2. Propor, coordenar e apoiar a implementação da Política Nacional de Gestão Participativa, bem como o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

3. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

4. Apoiar os conselhos estaduais e municipais de saúde, que deverão ser organizados em conformidade com a legislação vigente;

5. Promover, em parceria com o CNS, a realização de conferências nacionais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências estaduais e municipais de saúde, inclusive com apoio técnico e financeiro.

6. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros nacionais nas conferências nacionais de saúde e na plenária nacional dos conselhos de saúde.

7. Apoiar o processo de a educação permanente dos conselheiros nacionais, estaduais, municipais e dos conselheiros de gestão participativa.

8. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

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

10. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde.

11. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

12. Fomentar pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

13. Colaborar com as demais áreas do Ministério da Saúde, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, na identificação das iniqüidades, oportunidades e recursos.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

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

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

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

17. Apoiar o funcionamento dos colegiados de gestão regionais, inclusive os das regiões de saúde fronteiriças.

18. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, construindo, nesse processo, o plano nacional de saúde a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

19. Incentivar a participação da sociedade na construção das políticas intersetoriais, inclusive quanto ao financiamento dos mesmos, bem com de sua execução objetivando impactar de forma positiva nos determinantes sociais da saúde.

20. Disponibilizar o resultado das ações da SGEP ao CNS.

21. Colaborar na elaboração do relatório de gestão anual do Ministério da Saúde, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

22. Acompanhar o gerenciamento dos sistemas de informação, bem como colaborar na divulgação de informações e análises.

23. Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de monitoramento, avaliação e auditoria dos serviços vinculados ao SUS.

24. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

25. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de monitoramento e avaliação, articulando as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde, especialmente as relativas:

a) à aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

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

c) à implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

d) ao acompanhamento da atenção básica, nas demais esferas de gestão;

e) às ações de vigilância em saúde, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

f) ao desempenho das redes regionais e de referências interestaduais.

26. Coordenar a implantação do componente nacional do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes estaduais e municipais.

27. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

28. Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

29. Criar um fluxo de relação entre o controle social e a ouvidoria.

30. Apoiar o desenvolvimento e a pactuação de políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.

31. Colaborar no fortalecimento da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal.

32. Articular esta Política da SGEP – ParticipaSUS, com as demais políticas do Ministério da Saúde, inclusive com a de Comunicação.

5.2 Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Estaduais e do Distrito Federal

1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação abrangendo as diversas áreas da SES, acompanhar e apoiar as SMS do respectivo estado no desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação e monitorar os municípios e os consórcios intermunicipais de saúde.

2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

4. Promover atividades de educação e comunicação e apoiar as desenvolvidas pelos municípios.

5. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros de saúde.

6. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o Plano Estadual de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

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

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível estadual, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

12. Coordenar a implantação do componente Estadual de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes municipais.

13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, bem como auditar os sistemas municipais de saúde e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde.

16. Viabilizar a participação dos conselheiros estaduais nas conferências estaduais de saúde e na plenária estadual dos conselhos de saúde, bem como os delegados da respectiva UF eleitos para participar das conferências nacionais de saúde.

17. Promover, em parceria com o CES, a realização das conferências estaduais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências municipais de saúde.

18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional.

19. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

5.3 Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Municipais

1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação, abrangendo as diversas áreas da SMS.

2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

4. Assumir responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de educação e comunicação, no âmbito local.

5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros municipais e dos conselhos de gestão participativa.

7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o plano municipal de saúde e submetendo-o à aprovação do conselho municipal de saúde.

8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do conselho municipal de saúde.

9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

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

11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

12. Coordenar a implantação do componente Municipal de Auditoria do SUS.

13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do Conselho Municipal de Saúde(CMS).

16. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros municipais nas conferências municipais e estaduais de saúde.

17. Promover, em parceria com o CMS, a realização das conferências municipais de saúde.

18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional.

19. Implementar ouvidoria municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, em consonância com as diretrizes nacionais.

20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

ANEXO XL

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Origem: PRT MS/GM 198/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Art. 1º, caput)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Art. 2º Ficam instituídas as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 1º, Parágrafo Único)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 3º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º)

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º, § 2º)

Art. 4º Os Colegiados de Gestão Regional são as instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 3º)

Parágrafo Único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 5º São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º)

I - construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (de sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, I)

II - submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, II)

III - pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais Municípios de sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, III)

IV - incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde de sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, IV)

V - acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, V)

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, VI)

Art. 6º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º)

I - gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, I)

II - trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, II)

III - instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, III)

IV - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo LXXXV da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 7º São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º)

I - apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, I)

II - articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além dos critérios e diretrizes referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, II)

III - incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, III)

IV - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, IV)

V - apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, V)

Art. 8º A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 7º)

Parágrafo Único. Nenhum Município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional (CGR), deverá ficar sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 9º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 8º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 10. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, formada por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º)

I - representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, I)

II - gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, II)

III - um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme o art. 6º. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, III)

Art. 11. São atribuições dessa Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10)

I - assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, I)

II - estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando à integração das propostas; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, II)

III - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constantes do Plano Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, III)

Art. 12. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11)

I - elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, I)

II - definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o Estado; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, II)

III - pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, III)

IV - homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, IV)

V - acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, V)

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, VI)

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão transferidos aos fundos estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios, conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 13. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12)

I - definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, I)

II - aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, II)

III - acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, III)

Art. 14. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 13)

Parágrafo Único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do Anexo LXXXVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 15. Anualmente, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 14)

Art. 16. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 15)

Art. 17. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 16)

Art. 18. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20)

I - organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação técnica/graduação/especialização; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, I)

II - elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, II)

III - orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, III)

IV - qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, IV)

V - instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, V)

Art. 19. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21)

I - planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço; (Origem: PRT MS/GM

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

1996/2007, Art. 21, I)

II - estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, II)

III - articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, III)

Art. 20. A Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem por atribuição formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde, e será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 22)

CAPÍTULO II

DOS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS

Art. 21. A condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão) com as funções de: (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, I)

II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas); (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, III)

IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, IV)

V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, V)

VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, VI)

VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, VII)

Art. 22. Poderão compor os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS: (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º)

I - gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, I)

II - instituições de ensino com cursos na área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, II)

III - escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, III)

IV - núcleos de saúde coletiva; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, IV)

V - hospitais de ensino e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, V)

VI - estudantes da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VI)

VII - trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VII)

VIII - conselhos municipais e estaduais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VIII)

IX - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. Outras instituições poderão pedir sua integração, cabendo ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 23. O Colegiado de Gestão de cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será composto por representantes de todas as instituições participantes e poderá contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Polo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 3º)

Art. 24. Nos Estados com vários Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 4º)

Parágrafo Único. Poderá ser criado um Colegiado ou Fórum dos Polos. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 25. Cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será referência e se responsabilizará por um determinado território, que a ele se vinculará para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 5º)

Parágrafo Único. A definição dos territórios locorregionais se fará por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovação no Conselho Estadual de Saúde em cada Estado, não podendo restar nenhum município sem referência a um Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 26. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pela esfera federal, será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 6º)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Parágrafo Único. A principal mobilização de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS será destinada à implementação dos projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Polo, CIB e CES de cada Estado, assegurando as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 6º, § 2º)

Art. 27. Os projetos apresentados pelos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS serão acreditados pelo Ministério da Saúde, de acordo com as "Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor" (Anexo 1 do Anexo XL), produzidas em conformidade com os documentos aprovados no Conselho Nacional de Saúde e os documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 7º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde oferecerá o acompanhamento e assessoramento necessários para que todos os projetos apresentados contemplem as diretrizes de validação previstas e os critérios pactuados para tanto, de forma a assegurar que nenhum projeto seja excluído. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III

DA COMISSÃO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS

Art. 28. Fica instituída a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a pactuação interinstitucional e intersetorial em torno das diretrizes políticas gerais da educação permanente em saúde no âmbito do SUS, bem como de seu acompanhamento e proposição das diretrizes de avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 1º) (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 8º)

Art. 29. São atribuições da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º)

I - propor prioridades, métodos e estratégias para a integração entre ensino das profissões da saúde, gestão do SUS, serviços de saúde e participação popular na saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, I)

II - propor estratégias e métodos de articulação com os órgãos educacionais e do SUS, bem como com entidades representativas da formação de recursos humanos na área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, II)

III - contribuir técnica e operacionalmente com a formulação e avaliação da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, III)

Art. 30. A Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde será composta pelos seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I)

a) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, a)

b) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, b)

c) Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, c)

II - Ministério da Educação: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II)

a) Secretaria de Ensino Superior; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II, a)

b) Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II, b)

III - Conselho Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, V)

VI - Fórum de Pró-Reitores de Extensão; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VI)

VII - Fórum de Pró-Reitores de Graduação; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VII)

VIII - Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII)

a) Associação Brasileira de Educação Médica; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, a)

b) Associação Brasileira de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, b)

c) Associação Brasileira de Ensino de Psicologia; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, c)

d) Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, d)

IX - Movimento Estudantil da Área da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX)

a) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, a)

b) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, b)

c) Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, c)

X - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, X)

XI - Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, XI)

Parágrafo Único. A Comissão poderá convidar outros técnicos e dirigentes para participarem de suas reuniões, em função da especificidade do tema a ser tratado. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 31. A coordenação dos trabalhos da Comissão ficará a cargo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, que oferecerá o apoio técnico e operacional necessário à realização dos trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 4º)

Parágrafo Único. A Comissão terá autonomia para a determinação de subgrupos, de acordo com temas e necessidades do trabalho. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL COM O OBJETIVO DE PROMOVER MEDIDAS QUE GARANTAM O SUPORTE TÉCNICO-ADMINISTRATIVO NECESSÁRIO AO DESENVOLVIMENTO DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (UNA-SUS)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

Art. 32. Fica instituída Comissão Interinstitucional com o objetivo de promover medidas que garantam o suporte técnico-administrativo necessário ao desenvolvimento da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º)

I - Colegiado Institucional formado por cinco membros, sendo: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I)

a) 2 (dois) membros indicados pelo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, a)

b) 2 (dois) membros indicados pelo Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, b)

c) 1 (um) membro indicado pelo representante da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, c)

II - Secretaria-Executiva formada por técnicos nomeados pelo Ministro da Saúde, composta por: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II)

a) Assessor Técnico Principal; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II, a)

b) Coordenador Administrativo pela FIOCRUZ; e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II, b)

Art. 33. O Colegiado Institucional será presidido pelo Secretário da SGTES/MS que, de comum acordo com o Presidente da FIOCRUZ, proverá os meios e recursos para o funcionamento da Secretaria-Executiva da UNA-SUS. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Cooperação Técnica da OPAS/OMS será promovida no contexto dos Termos de Cooperação nº 41 e nº 57. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 34. São atribuições da Secretaria-Executiva: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º)

I - coordenar um processo de fortalecimento institucional da UNA-SUS que assegure a execução e a sustentabilidade de seu programa de trabalho, mediante decisões homologadas pelo Colegiado Institucional; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, I)

II - articular as diversas instâncias da SGTES/MS, da FIOCRUZ e da OPAS/OMS envolvidas com a implantação e fortalecimento da UNA-SUS, visando dotá-la do instrumental técnico e administrativo necessário para a execução de seu programa de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, II)

III - apoiar tecnicamente a UNA-SUS em suas articulações com as diversas Secretarias do Ministério da Saúde, com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com as Instituições do Sistema Educacional, executoras das políticas voltadas para qualificação da força de trabalho em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, III)

IV - propiciar apoio às equipes técnicas encarregadas do programa de trabalho da UNA-SUS, em sua atuação junto às instituições acima referidas, visando à execução de ações de forma articulada e descentralizada. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, IV)

CAPÍTULO V
DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Art. 35. Fica instituída a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 827/2004, Art. 1º)

Art. 36. A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, tem as seguintes funções: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º)

I - debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, I)

II - sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, II)

III - sugerir iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, III)

Art. 37. A CRTS terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º)

I - 8 (oito) representantes do Ministério da Saúde, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I)

a) o Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, a)

b) o Coordenador-Geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, que atuará como Coordenador Adjunto; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, b)

c) 2 (dois) representantes do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, sendo: um da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde; e um da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, c)

d) 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, e)

II - 2 (dois) representantes do Ministério da Educação, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II)

a) 1 (um) representante da Secretaria de Educação Média e Tecnológica; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II, a)

b) 1 (um) representante da Secretaria de Educação Superior. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II, b)

III - 1 (um) representante do Ministério do Trabalho e Emprego; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, III)

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante de cada um dos Conselhos integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VII)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VIII - 4 (quatro) representantes de entidades científicas das profissões da área de saúde, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII)

a) 1 (um) representante da Associação Médica Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, a)

b) 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, b)

c) 2 (dois) representantes por designação das entidades nacionais dos trabalhadores da área de saúde que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, c)

IX - 2 (dois) representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. À exceção dos representantes individuados pelo inciso I deste artigo, os demais integrantes da Câmara serão livremente designados por meio de expediente subscrito pelos representantes legais dos órgãos e das instituições representadas. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 38. Compete ao Coordenador da CRTS a indicação do Secretário-Executivo e do Relator Geral da Câmara. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 3º)

Art. 39. A Câmara de Regulação contará com dois assessores técnicos, indicados pelo seu Coordenador, para assisti-la na consecução dos seus trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 4º)

Art. 40. Quando necessário, a CRTS poderá convidar especialistas ou instituições para participarem de discussões específicas, considerando o notório saber dos convidados sobre os assuntos. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 5º)

Art. 41. A CRTS poderá realizar audiências públicas para disseminar o debate sobre temas de sua pauta de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 6º)

Art. 42. As reuniões da CRTS ocorrerão ordinariamente uma vez a cada três meses e, extraordinariamente, sempre que convocadas pelo seu Coordenador. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 7º)

Art. 43. Os integrantes da CRTS serão notificados da realização de suas reuniões por meio eletrônico ou por ofício enviado pelo seu Coordenador, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º)

Parágrafo Único. A notificação deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único)

I - a proposta de pauta da reunião; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - o local, a data e a hora em que a reunião se realizará. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

Art. 44. A reunião da CRTS somente será realizada se presente a maioria absoluta dos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º)

§ 1º Os trabalhos da reunião acontecerão no horário das dez às dezessete horas, podendo estender-se por decisão da Câmara. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A verificação do quórum de instalação da reunião será realizada 15 (quinze) minutos após a hora prevista para seu início. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º, § 2º)

Art. 45. A ata da reunião da CRTS será redigida pelo seu Relator Geral e subscrita, na reunião seguinte, por todos os representantes que dela participaram, após a leitura e aprovação do seu texto. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 10)

Parágrafo Único. Uma minuta da ata de que trata o caput deste artigo deverá acompanhar a notificação da reunião seguinte. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 46. Os consensos construídos na CRTS referentes às atribuições que lhes são conferidas pelo art. 36 serão encaminhados ao Ministro de Estado da Saúde por meio do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 11)

Art. 47. Os trabalhos da CRTS serão executados com plena observância das previsões contidas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 12)

Parágrafo Único. As eventuais omissões de procedimento serão supridas por deliberação de sua Coordenação, ad referendum dos seus demais componentes. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 12, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VI
DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Art. 48. Este Capítulo regulamenta os arts. 8º e 9º do Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, para definir as informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico, a serem fornecidas por Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) e sociedades de especialidades a ela vinculadas, que farão parte do Cadastro Nacional de Especialistas. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 1º)

Art. 49. Para a implantação e atualização do Cadastro Nacional de Especialistas, a CNRM, o CFM e a AMB e sociedades de especialidades a ela vinculadas disponibilizarão suas bases de dados atualizadas ao Ministério da Saúde com informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 2º)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no "caput", as informações a serem fornecidas encontram-se listadas nos termos do Anexo 2 do Anexo XL . (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 50. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponibilizarão manual conjunto instrutivo com as diretrizes e regras de negócios para fluxos de dados e integração entre sistemas de informação entre o Ministério da Saúde, a CNRM, o CFM e a AMB e sociedades de especialidades a ela vinculadas para a disponibilização das informações de que trata este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 3º)

ANEXO 1 DO ANEXO XL
Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Anexo 2)

Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor

1. Introdução

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar educação permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, a partir do documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 04 de setembro de 2003 e dos documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 18 de setembro e em 23 de outubro de 2003 e da Resolução do CNS Nº 335 de 27 de novembro de 2003 (estes documentos estão a disposição no site: www.saude.gov.br/sgtes).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas, foram desafios assumidos pelo governo federal.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações).

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.

A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso.

A negociação de iniciativas inovadoras e articuladoras deve se dar em cinco campos:

- transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola;

- estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção de saúde à população;

- instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS;

- construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locorregionais;

- avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança.

A interlocução com o CNS, com a CIT, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com as Associações de Ensino será permanente, especialmente no tocante à formação e desenvolvimento para a gestão de sistemas, ações e serviços de saúde; à formação e desenvolvimento de conselheiros e agentes sociais para a construção da gestão social das políticas públicas de saúde, à formação e desenvolvimento dos formuladores de políticas nas áreas estratégicas e de implementação da organização da atenção à saúde proposta pelas Leis 8080/90 e 8142/90; e ao estabelecimento de uma relação de parceria permanente com o movimento estudantil de pensar e agir pela mudança na formação e no exercício profissional.

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos hospitais de ensino e de outras ações e serviços de saúde, coloca o SUS como um interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai à arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. A noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva. Por isso, a União e os estados têm de problematizar para si a função e o exercício de uma coordenação com capacidade descentralizadora e os municípios e as escolas terão de problematizar para si as funções de condução e de execução significativas para o Sistema e não para a produtividade educacional e assistencial, respectivamente. Enquanto os últimos são os lugares de produção da atenção aos grupos sociais territorializados, os anteriores são os apoiadores de ativação para que esta atenção seja integral e resolutiva.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política, implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Assim, propõe-se a implantação e mobilização de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) como articulação e criação de novas ações e investimentos que, contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde.

O Ministério da Saúde apóia técnica, financeira e operacionalmente a constituição e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (articulações interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão).

O Pólo deve ter condução e coordenação colegiada, quebrando-se a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. O Ministério da Saúde pretende a superação da racionalidade gerencial hegemônica na gestão da educação permanente, por isso a idéia de Pólos ou Rodas. O Colegiado de Gestão dos Pólos instituirá a novidade na condução e coordenação da educação permanente em saúde como um novo arranjo e uma nova

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

estrutura organizativa. Esta iniciativa nasce fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e propõe a co-responsabilidade entre educação, gestão, atenção e controle social em bases locorregionais.

A gestão colegiada deve explicitar o compromisso com a mudança, suprimindo a imagem da pirâmide, a noção de níveis de gerenciamento e a construção programática fragmentária, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais. Quando um município se compromete com a educação temos novidade de Estado, quando uma instituição formadora se compromete com a gestão da saúde temos uma novidade de Estado; quando estados se colocam em mediação pedagógica com municípios e instituições de ensino, temos uma novidade de Estado; quando a formação e desenvolvimento reúnem educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular, temos enorme novidade de Estado.

As instituições de ensino e os municípios, no caso da formação e desenvolvimento para o SUS, adquirem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois um é o campo de exercício da educação dos profissionais e os outros o campo de exercício profissional das ações de saúde. Quanto maior o comprometimento das instituições de ensino e dos municípios, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas, o que repercutirá em mudanças na educação e na atenção à saúde. Espera-se nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da locorregionalização.

Dentro do Colegiado de Gestão todas as instituições têm poder igual e, assim, podem exercer sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal. O Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS se caracteriza como gestão colegiada e tem natureza política e crítico-reflexiva. Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos no Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Cada parceiro institucional do Pólo deve reorientar as iniciativas de formação e desenvolvimento em saúde atualmente em curso de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e com as prioridades e orientações produzidas em sua base de inserção locorregional; ou seja, todas as iniciativas de formação e desenvolvimento devem ser repactuadas para integrar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Caberá ao Colegiado de Gestão de cada um dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS a elaboração das propostas sobre as escolhas gerais, dos rumos e estratégias locais e a problematização de seus operadores conceituais. Questões relacionadas à metodologia pedagógica, definição dos processos de seleção de alunos, problematização das prioridades de desenvolvimento institucional, tematização das relações entre formação e mudança na gestão setorial e o debate sobre a educação para o SUS e fortalecimento do controle social em saúde aparecem como as questões centrais a serem enfrentadas por este espaço colegiado.

O MS acreditará os projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, pactuados pelo Colegiado de Gestão do Pólo, CIB e aprovados no CES, assegurando as diretrizes da ação para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Nenhum município do país deixará de estar afeto a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e cada SES coordenará esse processo, cabendo a Comissão Intergestores Bipartite pactuar as “locorregionalizações”.

2. Processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Uma vez que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde supõe a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, diretrizes e princípios devem embasar a apresentação e a validação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e acreditação.

2.1. Bases do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - apresentar-se como um dispositivo de agregação e direcionalidade das diferentes instituições e responsabilizando-se por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos - dentro ou fora dos limites de um mesmo estado - áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; valem as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros);

II - estabelecer-se como articulação interinstitucional locorregional como roda de gestão da Educação Permanente em Saúde (coordenação, condução e avaliação) e não de execução direta de ações (é lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações);

III - configura-se com capacidade de reunir gestores do SUS, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e outros serviços de saúde e representação estudantil. Todos esses autores/atores constituem o Colegiado de Gestão, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como de outros atores sociais da saúde;

IV - constitui-se com capacidade de caminhar na mesma cultura que constrói o SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, estabelecendo a ruptura com a lógica de relações “de balcão” ou “de banco” com o governo federal ou estadual e com os projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais;

V - estabelecer-se como espaço de formulação de políticas e de negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pelos princípios e diretrizes do SUS, sem substituir quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

VI - comprometer-se com o registro das práticas implementadas e suas características, bem com a apresentação a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos e sua influência sobre as práticas de atenção e educação em saúde;

VII - estabelecer-se como um fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento em sua base de inserção locorregional;

VIII - constituir-se como referência para um certo território (base locorregional), ao qual se vincula para oferecer e receber propostas de formação e desenvolvimento;

IX - referenciar-se aos municípios e às diretorias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde constituintes de seu território de abrangência para organizar políticas formativas e de desenvolvimento de forma participante com o Sistema de Saúde locorregional;

X - reconhecer-se como recurso para territórios ampliados no que puder ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS ou estruturas de formação participantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

XI - estabelece-se como um Colegiado de Gestão onde participam todas as instituições que aderirem a proposta. A gestão colegiada será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas por consenso. Quando isso não for possível, a decisão deve ser encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).

2.2. Gestão Colegiada do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

A gestão colegiada introduzirá uma mudança estrutural nas linhas formais de elaboração de propostas, coordenação e execução financeira. Trata-se de uma nova estrutura organizacional onde todos aqueles que trabalham com o mesmo objeto (educação dos profissionais de saúde para o SUS) estão convidados a trabalhar juntos, sob a mesma organização de gestão integrando o Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e participando da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O Colegiado de Gestão de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS é uma plenária onde participam todas as instituições que aderirem à proposta.

Pode contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do CES, que tem como responsabilidade promover reuniões periódicas do Colegiado de Gestão, nas quais serão processadas as demandas, identificadas as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas de formação e de atenção à saúde e a produção de conhecimento e feitas avaliações periódicas das atividades executadas, bem como o acompanhamento da execução financeira, abrindo a possibilidade de recriar processos de integração entre os participantes.

Cada Colegiado de Gestão poderá criar uma Secretaria Executiva, composta minimamente por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde para implementação e agilização dos encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor.

Cada área de formação e desenvolvimento eleita como prioridade locorregional ou determinada pelas instâncias de controle social ou de pactuação intergestores deve ter um espaço de tematização que se estende às e extrapola as estruturas formais previamente existentes em cada instituição participante (secretarias de saúde, escolas ou departamentos de ensino, por exemplo). Nesse arranjo, o que interessa é o espaço de análise e deliberação com que conta um dado tema e não a sua condição de “filiação” a um departamento, uma escola ou uma secretaria. Por isso, comitês temáticos, quando forem montados, preservarão o caráter interinstitucional dos aportes de conhecimento e da condução das ações, bem como, por serem comitês de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS que lhes dá unidade, devem compartir o máximo de ações e abordagens e estipular um caráter matricial no planejamento, execução e avaliação de suas atividades com o Colegiado de Gestão.

Muitos processos poderão ser de plena autonomia dos Comitês Temáticos, mas muitos pertencem obrigatoriamente ao Colegiado de Gestão. Entre esses estão questões como a formação de formadores, incentivos institucionais à mudança, geração de densidade pedagógica locorregional para as demandas de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, análise da representatividade de todos os segmentos em cada comitê ou atividade, análise da produção de impactos prevista ou a implementar, análise da produção de interface entre projetos e associação de projetos, entre muitas outras, por exemplo.

2.3.Funções do Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - mobilizar a formulação e a integração de ações de educação na saúde entre os distintos atores locais: usuários; gestores da saúde e da educação; dirigentes da educação e de ações e serviços de saúde; docentes e estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros intersetoriais;

II - induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação dos profissionais de saúde (ensino, pesquisa, extensão, documentação e cooperação técnica);

III - Formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas (locorregionais);

IV - formular abordagens e estratégias integradas e integradoras de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos (temáticas ou áreas técnicas delimitadas) e reconhecidos como de interesse locorregional, estadual ou nacional (exemplos: tuberculose, hanseníase, aids, dengue, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, urgência e emergência...);

V - estabelecer relações cooperativas entre os vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (internamente aos estados e nacionalmente).

2.4.Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

O Ministério da Saúde acreditará os projetos de Educação Permanente em Saúde pactuados no Colegiado de Gestão de cada Pólo, na CIB e aprovados no CES de cada estado, assegurando o ajustamento à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A acreditação é proposta como recurso de acompanhamento solidário dos projetos, não se destinando à sua simples aprovação ou reprovação, mas à cooperação técnica para que correspondam às designações da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS, em conformidade com sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

Quando for o caso, o Ministério da Saúde estabelecerá cooperação técnica com o respectivo Pólo no sentido do ajustamento dos projetos às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos devem ser encaminhados pelo correio e por e-mail ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, onde serão analisados de acordo com os critérios e diretrizes estabelecidos nestas Orientações, com vistas à sua acreditação/validação e devem ser acompanhados pelos seguintes documentos: ata da pactuação no Colegiado de Gestão do Pólo com a assinatura de todos os participantes, parecer da CIB e resolução com a aprovação do CES.

Endereço:

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 725 70058-900 - Brasília /DF

Telefones: (61) 315-2858/315-3848/Fax: 315-2862

e-mails: deges@saude.gov.br /sgtes@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/sgtes

Para a acreditação, cada projeto deve:

I - apresentar sua previsão de impactos, seja nas ações e nos serviços de saúde ou na gestão do SUS, seja na educação técnica, na graduação, na pós-graduação ou na educação popular, seja, ainda, na produção e disseminação de conhecimento;

II - apresentar a definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo e da forma como estarão envolvidos: os gestores, os órgãos de controle social, as entidades estudantis, instituições de ensino e hospitais de ensino ou outros serviços de saúde;

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - apresentar a amplitude das inclusões que propõe para contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas;

IV - explicitar as necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas;

V - explicitar a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS;

VI - explicitar as mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere;

VII - explicitar a proposta de ações multiprofissionais e transdisciplinares;

VIII - anexar plano de trabalho para cada ação a ser financiada, indicando a entidade responsável pela execução da ação prevista (instituição de ensino, secretaria municipal, secretaria estadual, serviço etc.), descrição sintética do objeto da ação, justificativa da proposta, número de pessoas beneficiadas pela ação, valor a ser financiado por ação e montante total, cronograma de execução (data de início e de termino de cada ação),plano de aplicação dos recursos, cronograma de desembolso, proposta de aquisição de equipamentos e material permanente e o órgão executor do orçamento de cada ação ou do conjunto das ações para fins de contratualização com o Ministério da Saúde conforme suas normas de financiamento. Devem ser preenchidos os formulários que podem ser acessados no site: http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinaciamento.asp Anexos - Formulários e Instruções de Preenchimento

IX - anexar de cada entidade responsável pela execução da ação os seguintes documentos conforme exigências da Constituição Federal, IN STN/MF Nº01/97 e Lei Nº 10524/02:

- cópia do comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

- cópia do Balanço Sintético referente ao exercício anterior;

- se entidade privada, cópia do contrato social ou outro documento comprobatório de registro da entidade;

- se entidade pública, indicação do ato de sua criação e comprovante de capacidade jurídica do representante legal da entidade;

- cópia da Ata de Posse ou Ato de Designação acompanhada do Regimento Interno ou Estatuto Social, quando for o caso;

- cópia do Documento de Identidade e do CPF do dirigente da Entidade, incluindo o cargo ou função; data da posse; RG (expedição e órgão expedidor);

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Estadual;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Municipal;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o INSS (CND);

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Secretaria da Receita Federal.

Mais informações: http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp Operacionalização

2.5. Critérios para Alocação dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os orçamentos serão baseados no custeio das atividades, segundo o teto previsto pelo Ministério da Saúde para cada locorregião (segundo critérios de alocação pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite) e encaminhados com antecedência suficiente para permitir sua avaliação, aprovação e desembolso.

O Ministério da Saúde alocará recursos definidos por critérios técnicos locorregionais. O repasse será permanente, o que permitirá às instâncias locorregionais planejar com critérios de sustentabilidade a curto, médio e longo prazos, inclusive ampliando as capacidades formadoras locais, regionais e estaduais.

A transparência na utilização dos recursos públicos será profundamente ampliada, tanto do ponto de vista do conhecimento de montantes, planos de aplicação e relatórios de gestão, quanto de maior ingerência dos gestores, do controle social local e das instituições de ensino no gasto público do SUS com a educação dos profissionais de saúde.

A alocação de recursos financeiros segue diretrizes e princípios acordados entre as três esferas de gestão do SUS, atendendo aos critérios de eqüidade possíveis para a primeira distribuição de recursos financeiros em conformidade com a política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em 04 de setembro de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003 e em 23 de outubro de 2003. Conforme pactuado, em maio de 2004 será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição dos repasses subseqüentes.
Uma vez que os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS em cada âmbito locorregional não são os lugares de execução e não se estabelecerão como personalidade institucional, devendo preservar-se como articulações interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão colegiada, foi e será necessária a pactuação dos critérios de alocação dos recursos entre os estados da federação e da sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (os municípios não são sedes individuais dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, mas composições regionalizadas de municípios, atendendo desenhos geopolíticos da “vida real” nas localidades intra-estaduais).

Para a primeira alocação de recursos, foram pactuados os seguintes critérios:

2.5.1. Alocação dos recursos entre os estados da federação

I - população nos municípios em habilitação plena do SUS (reconhecimento da descentralização da gestão e do papel constitucional dos municípios na execução das ações e serviços de saúde);

II - número de Equipes de Saúde da Família (reconhecimento do investimento na mudança de modelo assistencial pelo dimensionamento numérico de profissionais prioritários ao desenvolvimento de capacidades de resolução clínica e atuação em saúde coletiva);

III - número de Conselheiros de Saúde (reconhecimento do exercício do controle social no SUS, entendendo-se que em qualquer base o número de conselheiros corresponderá a 50% de representantes dos usuários e uma vez que não se dispôs de outro fator de informação).

IV - inverso da Capacidade Instalada de Instituições de Educação Superior e Técnica em Saúde (reconhecimento da concentração desigual de instituições de ensino e da necessidade de desenvolver densidade pedagógica nas regiões menos cobertas por essa oferta);

V - número de Unidades Básicas de Saúde (reconhecimento da prioridade de desenvolvimento da capacidade resolutiva da rede básica para a cobertura da maioria dos problemas de saúde da população, prevenção das internações hospitalares e garantia dos programas de saúde pública);

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VI - população total (reconhecimento do universo de cobertura da proposta);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cobertura de incentivos à mudança na graduação).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados

Impacto	Indicador Mensurável Provisório	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	População dos Municípios em gestão plena por Estado (C 1) (Pesos ponderados por faixas)	20	40 %
	Número de ESF (C 2)	20	
Capacidade de Controle Social, Ensino e Atenção em Saúde	Número de Conselheiros de Saúde (C 3) (Pesos ponderados por faixas)	15	45 %
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada (C 4)	15	
	Número de Unidades Básicas de Saúde - postos e centros de saúde (C 5)	15	
Tamanho da População	População Total do estado (C 6)	10	10 %
Mudança na Graduação	Número de Cursos Universitários da Área da Saúde (C 7)	5	5%
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual (CE): CE = 20(C1+C2) + 15(C3+C4+C5) + 10(C6) + 5 C7) 100		100	100 %

2.5.2. Alocação entre as locorregiões dos recursos calculados pela base dos estados

Aplica-se, para cada locorregião, a proporção relativa dos mesmos critérios de alocação utilizados nos Estados:

I - população dos municípios em habilitação plena do SUS no território desenhado;

II - número de Equipes de Saúde da Família abrangidas no território desenhado;

III - número de Conselheiros de Saúde abrangidos pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre “setores” municipais;

IV - inverso da capacidade pedagógica em saúde instalada (haverá maior necessidade de gastos com deslocamento e/ou estruturação de recursos de educação à distância);

V - número de Unidades Básicas de Saúde abrangidas no território desenhado;

VI - população total abrangida pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre “setores” municipais (o desenho geopolítico pode não acompanhar a geografia municipal, bem como a regionalização acordada nos estados pode propor a setorização do município para desenhar as regiões de abrangência dos Pólos/Rodas);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cultura de incentivos à mudança na graduação).

Para fins de cálculo da base per capita, no caso da locorregionalização incluir setores de um ou mais municípios, os gestores municipais e estaduais envolvidos pactuarão a proporção da população abrangida, pois, em hipótese alguma, a locorregionalização poderá ultrapassar o teto de 100% da população estadual identificada nacionalmente (pode-se estabelecer pactos entre os gestores municipais diretamente envolvidos; entre os gestores municipais e diretorias regionais de saúde dos estados, conforme envolvidas; nas CIB regionais ou estadual; nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - Cosems regionais ou estadual etc.). O mesmo se fará com o universo de Conselheiros de Saúde.

Quando as regiões abrangerem territórios interestaduais, as pactuações também se farão nestes âmbitos, sendo de pactuação final entre os gestores estaduais envolvidos. Como após a definição dos números para a alocação dos recursos, os mesmos serão direcionados aos executores designados em cada pólo, não haverá risco de prejuízo em qualquer base territorial. Ao contrário, esta alocação sempre privilegiará a realidade dos modos de viver das populações em um País de Todos.

2.5.3. Repasse dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os recursos serão transferidos, após a aprovação dos projetos, diretamente às instituições executoras definidas na apresentação das propostas. O procedimento a ser adotado será o da Acreditação em conformidade com as Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos.

Ao adotar a modalidade da Acreditação, nenhum projeto terá seus recursos cancelados por inadequação, mas reservados para a efetivação de pagamento até que, mediante acompanhamento, se enquadrem nas diretrizes da política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, em conformidade com as deliberações do CNS e as pactuações da CIT.

As despesas/gastos passíveis de financiamento para todas as linhas de ação da Educação Permanente em Saúde são: Consultorias, Pagamento de Hora Aula, Estágio em Serviços, Cursos, Residências, Oficinas, Conferências, Seminários, Material Didático, Equipamentos e Publicações.

2.6. Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

2.6.1. Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de formação dos trabalhadores da rede de serviços e das instituições de ensino, tendo em vista o desenvolvimento da capacidade pedagógica para a Educação Permanente em Saúde, o desenvolvimento de condições para a educação à distância e de outras estratégias inovadoras no campo das ações pedagógicas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde;

2. Dinamização de recursos para a utilização da Educação à Distância como tecnologia pedagógica para a educação permanente;

3. Organização de alternativas criativas para o desenvolvimento da educação permanente para o SUS.

III - Atividades:

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

- Cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para a Educação Permanente em Saúde;

- Estruturação de recursos e programas de educação à distância;

- Realização de seminários e reuniões técnicas e montagem de instâncias coletivas para a elaboração de novas abordagens para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde no SUS.

2.6.2.Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de educação permanente para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando o planejamento e o exercício da clínica, da promoção da saúde e da saúde coletiva. Implementação de atividades de acompanhamento em serviço, de especialização para profissionais de formação técnica ou universitária, seguindo-se diretrizes para atuação integral na área de atenção básica, em especial a Saúde da Família, e utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que tomem o trabalho como eixo estruturante das atividades. Compreende também cursos de qualificação profissional para Agentes Comunitários de Saúde, de extensão para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e de educação profissional para a área de saúde bucal e outras. As atividades podem ser presenciais ou à distância; mas nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais para o acompanhamento do trabalho enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Especialização em Saúde da Família para equipes regulares e para equipes especialmente conformadas para atenção às áreas remotas, de difícil acesso ou difícil provimento e fixação de profissionais;

2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família;

3. Residências Integradas em Saúde;

4. Pós-Graduação;

5. Qualificação e formação para os Agentes Comunitários de Saúde e Atendentes de Consultório Dentário;

6. Formação e desenvolvimento de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

7. Formação de outros técnicos necessários à resolutividade da atenção integral à saúde;

8. Atualização e desenvolvimento em Áreas Temáticas Prioritárias (incluindo aspectos da clínica e da saúde coletiva);

9. Organização de estratégias que favoreçam o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência (compor a cadeia do cuidado progressivo à saúde como malha ininterrupta de cuidados);

10. Desenvolvimento de estratégias de acolhimento e responsabilização;

11.Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção entre outras a atenção domiciliar e internação domiciliar;

12.Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III - Atividades:

- Abertura e/ou expansão de Cursos de Especialização em Saúde da Família e outros;

- Expansão ou Implantação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residências Integradas em Saúde;

- Implantação de Programa de Habilitação Técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

- Desenvolvimento de Cursos de formação e/ou aperfeiçoamento e especialização para Atendentes de Consultório Dentário (ACD)/Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

- Formação de outros técnicos em saúde;

- Cursos em temas prioritários como a atenção integral em todas as fases da vida e do desenvolvimento conforme as necessidades estabelecidas a partir do perfil demográfico e epidemiológico locorregional e de formação dos trabalhadores: agravos relevantes como hanseníase, tuberculose, dengue, malária, aids, diabetes, hipertensão arterial, neoplasias; a atenção em urgência e emergência, atenção domiciliar e internação domiciliar; saúde bucal; saúde da mulher; saúde mental; saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde do trabalhador; saúde ambiental; assistência farmacêutica e outros;

- Desenvolvimento de estratégias humanizadas e regulares para referência e contra-referência, organizando a rede como uma malha ininterrupta de cuidados profissionais.

2.6.3. Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de capacitação, formação e educação permanente para os trabalhadores que atuam na gestão do sistema e de unidades de saúde. Compreende, também, cursos de qualificação e formação para agentes sociais, parceiros intersetoriais e conselheiros de saúde. As atividades podem ser presenciais ou à distância e nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais, para acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento para gestores de unidades locais (distritos, hospitais, unidades de atenção básica e outras);

2. Formação e desenvolvimento gerencial para Gestores e Equipes Gestoras;

3. Formação e desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção à saúde;

5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde;

6. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos conselheiros de saúde e agentes sociais para a gestão social das políticas públicas de saúde;

7. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos parceiros intersetoriais.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

III - Atividades:

- Cursos de desenvolvimento gerencial, incluindo organização de serviços e processo de trabalho, voltados para gerentes dos diferentes âmbitos de gestão da rede local;

- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços e de controle social;

- Especialização em gestão de sistemas, ações e serviços de saúde;

- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores de saúde na área de controle social.

2.6.4. Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde

I - Enfoques:

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento docente em educação de profissionais de saúde;

2. Desenvolvimento de profissionais dos serviços de saúde para acompanhamento docente;

3. Articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino-aprendizagem;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção;

5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III - Atividades:

- Cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços;

- Estágios supervisionados nos serviços de saúde (longitudinais e ao longo de todo o curso);

- Processos cooperativos para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao SUS;

- Especialização em educação de profissionais de saúde;

- Implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes;

- Desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar;

- Participação na Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil).

- Será feita uma publicação do MS, com esta Portaria e os documentos aqui citados para ampla divulgação.
- Os documentos estarão à disposição também no site www.saude.gov.br/sgtes .
- Se forem feitas mudanças pela CIT ou CNS, essas serão amplamente divulgadas.

ANEXO 2 DO ANEXO XL

INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Anexo 1)

INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Dados Pessoais: 1.Nome completo 2.Data de nascimento 3.Sexo 4.Local de nascimento 5.Unidade Federativa e Município de residência 6.CPF 7.Se estrangeiro, número da cédula de identidade de estrangeiro; 8.Definição da nacionalidade do médico (Exemplo: B = brasileiro, E = estrangeiro, N = naturalizado); 9.Se médico estrangeiro, tipo de visto apresentado (Exemplo: P = permanente, V = provisório).
Dados da Inscrição: 1.Número de inscrição no CRM e unidade de inscrição; 2.Tipo de inscrição realizada pelo médico (Exemplos: P = primária, S = secundária, V = provisória, T = temporária, E = Estudando Méd. Estrangeiro); 3.Data da realização da(s) inscrição(ões) do médico; 4.Situação do médico no estado (Exemplos: A = ativo, T = transferido, C = cassado, S = suspenso, P = aposentado, F = falecido, L = cancelado, D = dívida ativa, O = suspenso por ordem judicial, X = afastado, I = interditado cautelarmente, N = interditado parcialmente); 5.Unidade da Federação da(s) inscrição(ões) do médico; 6.Em caso de cancelamento: Data e motivo de cancelamento da situação que estiver atual (Exemplos: C = cassado, P = aposentado, F = falecido, L = cancelado, X = Afastado, I = interditado cautelarmente).
Dados de Formação: 1.Data da formatura do médico; 2.Identificador da escola de graduação; 3.Município da escola de graduação; 4.Unidade da Federação da escola de graduação.
Título de Especialista - AMB: 1.Especialidade ou área de atuação do título obtido 2.Data de obtenção do título
Certificados de Residência Médica registrados na Comissão Nacional de Residência Médica: 1.Número de registro na CNRM 2.Programa 3.Especialidade ou área de atuação do título obtido 4.Período (data de início e conclusão do PRM)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

5.Data de obtenção do título 6.Unidade de Residência Médica (Nome da instituição, Município, UF)
Revalidação: 1 .Data da formatura do médico; 2.Identificador da escola que revalidou o diploma do médico formado do exterior; 3.Unidade da Federação da escola que revalidou o diploma do médico formado no exterior; 4.País de formação do médico.

AMB - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS	1.Nome; 2.Sexo; 3.Data de nascimento; 4.Naturalidade; 5.CPF 6.Especialidade ou área de atuação do título obtido 7.Data de obtenção do título

NRM - Comissão Nacional de Residência Médica	1.Número de registro na CNRM 2.Programa 3.Especialidade ou área de atuação do título obtido 4.Período (data de início e conclusão do PRM) 5.Data de obtenção do título 6.Unidade de Residência Médica (Nome da instituição, Município, UF)

ANEXO XLI

Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (Origem: PRT MS/GM 2690/2009)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º)

§ 1º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde será implantada de forma gradativa e articulada nas três esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implementada à luz dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Para fins desta Política, define-se gestão de tecnologias em saúde como o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 2º)

Art. 3º É objetivo geral da Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade, visando: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º)

I - orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, I)

II - nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, II)

III - promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, III)

IV - sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, IV)

V - fortalecer o uso de critérios e processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, V)

Art. 4º As ações estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde serão orientadas pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º)

I - a gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, I)

II - a produção e a difusão de informações relativas à avaliação de tecnologias deverão levar em conta o tipo da análise, o público-alvo, a linguagem adequada, o tempo disponível e a transparência, além de explicitar os eventuais conflitos de interesse; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, II)

III - os processos de avaliação promovidos e as decisões de incorporação tomadas pelos gestores de saúde devem ocorrer de modo crítico, permanente e independente; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, III)

IV - o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade do acesso, a equidade, e a sustentabilidade das tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, IV)

V - o conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deverá ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, V)

VI - a ética em pesquisa envolvendo seres humanos será considerada para comprovação de boas práticas no processo de avaliação de tecnologias. Os aspectos bioéticos envolvidos na garantia da equidade e da aplicação de recursos públicos serão analisados para incorporação tecnológica no sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, VI)

VII - os processos de incorporação de tecnologias no sistema de saúde deverão incluir atores representativos da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, VII)

Art. 5º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde obedecerá as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º)

I - utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão por meio da avaliação de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, I)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, II)

III - racionalização da utilização de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, III)

IV - apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, IV)

V - sistematização e disseminação de informações; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, V)

VI - fortalecimento das estruturas governamentais; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, VI)

VII - articulação político-institucional e interssetorial. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, VII)

Parágrafo Único. Na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) as diretrizes desta Política terão caráter recomendatório e as ações articuladas serão subsidiadas por um Grupo de Trabalho Permanente de Avaliação de Tecnologias em Saúde, coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implantada pelos órgãos e instituições sob gestão federal, respeitadas as competências institucionais. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 6º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde, à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a Secretaria em Vigilância à Saúde e demais órgãos do Ministério da Saúde adotarão, de forma articulada, todas as providências necessárias à plena implementação desta Política. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º Na implantação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), coordenar, em âmbito nacional, as ações de avaliação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 7º)

Parágrafo Único. Para a geração e a síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologias em Saúde, o Departamento de Ciência e Tecnologia conta com o apoio da rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa no País, denominada Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão complementar o objeto deste Anexo para atender às necessidades e peculiaridades locais e regionais. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º)

§ 1º Caberá aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal o monitoramento e a avaliação das ações advindas das diretrizes dessa Política, no seu âmbito de atuação e gestão. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º, § 1º)

§ 2º As medidas para estruturação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, no âmbito dos Estados e Municípios, serão subsidiadas pelo Grupo de Trabalho de Ciência e Tecnologia da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º, § 2º)

Art. 9º Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) a adoção das medidas necessárias à estruturação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 9º)

~~**ANEXO XLII**~~
~~Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (Origem: PRT MS/CM 589/2015)~~

~~**CAPÍTULO I**~~
~~DAS DISPOSIÇÕES GERAIS~~
~~(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO I)~~

~~**Art. 1º** Fica instituída a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 1º)~~

~~**Art. 2º** A PNIIS tem como finalidade definir os princípios e as diretrizes a serem observados pelas entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e pelas entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, para a melhoria da governança no uso da informação e informática e dos recursos de informática, visando à promoção do uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação nos processos de trabalho em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 2º)~~

~~**CAPÍTULO II**~~
~~DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES~~
~~(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO II)~~

~~**Art. 3º** A PNIIS é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º)~~

~~**I -** princípios gerais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, I)~~

~~**II -** diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, II)~~

~~**III -** diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, III)~~

~~**IV -** diretrizes relacionadas à Gestão da Política Nacional de Informação e Informática em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, IV)~~

~~**V -** diretrizes relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, V)~~

~~**Seção I**~~
~~Dos Princípios Gerais da PNIIS~~
~~(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção I)~~

~~**Art. 4º** Constituem princípios gerais da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º)~~

~~**I -** informação em saúde direcionada à ação de atenção à saúde de cada indivíduo e da coletividade; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, I)~~

~~**II -** produção da informação em saúde abarcando a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, II)~~

~~**III -** gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, III)~~

~~**IV -** democratização da informação em saúde como um dever das entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, IV)~~

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

V - informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, V)

VI - acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VI)

VII - descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacional e internacional e às especificidades regionais e locais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VII)

VIII - preservação da autenticidade e da integridade da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VIII)

IX - confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, IX)

Seção II

Das Diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov)
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção II)

Art. 5º São diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov) no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º)

I - implementação da PNIIS conforme as diretrizes da Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, I)

II - promoção da articulação intersetorial visando melhorar a capacidade de produção de "software" como bem público, no interesse da área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, II)

III - promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações com vistas à implantação da infraestrutura necessária à área de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, III)

IV - fomento ao desenvolvimento de metodologias e ferramentas científicas e tecnológicas para a gestão, qualificação e uso da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, IV)

V - qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando as atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, V)

Seção III

Das Diretrizes Relacionadas à Estratégia de e-Saúde
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção III)

Art. 6º São diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º)

I - fortalecimento da área de informação e informática em saúde, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração à atenção à saúde nas três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, I)

II - estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional de "software" em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, II)

III - promoção de estratégias e mecanismos para a redução do número de sistemas de informação em saúde existentes ou sua simplificação e para a qualificação da produção da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, III)

IV - promoção da disseminação e publicização de dados e informação em saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, IV)

V - criação de mecanismos de articulação institucional com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, V)

VI - estabelecimento de um padrão para e-Saúde que permita a construção do Registro Eletrônico de Saúde (RES) do cidadão por meio da identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, padrões e protocolos de interoperabilidade eletrônica e/ou digital entre os equipamentos e sistemas; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VI)

VII - estabelecimento de infraestrutura de telecomunicação adequada para a implantação do RES do cidadão; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VII)

VIII - estímulo ao uso de telecomunicação na atenção à saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, visando ampliar o potencial de resolubilidade junto aos processos ligados à atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VIII)

IX - estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, IX)

X - divulgação das diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à saúde, utilizando-se diferentes veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, X)

XI - instituição e implementação da estratégia nacional de e-Saúde, com a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), para orientar o conjunto de esforços e investimentos em informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, XI)

Seção IV

Das Diretrizes Relacionadas à Gestão da PNIIS
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção IV)

Art. 7º São diretrizes relacionadas à Gestão da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º)

I - incentivo à qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando-os atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, I)

II - implementação de soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, II)

III - fomento ao desenvolvimento de profissionais na área de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, III)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

IV - incentivo por meio de certificação digital e/ou sistemas biométricos à implementação de mecanismos de segurança de acesso aos sistemas, dados e informações de saúde que garantam a sua autenticidade e integridade dos dados e informações de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, IV)

V - dotação da área de saúde de instrumentos legais, normativos e organizacionais, relacionados à questão da segurança e da confidencialidade da informação; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, V)

VI - definição de linhas de financiamento, investimento e custeio para o desenvolvimento de projetos de tecnologia da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VI)

VII - implementação de ações e mecanismos de regulação para o complexo produtivo de tecnologia da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VII)

VIII - adoção de ações referentes à implementação da PNIIS no processo de planejamento regional integrado, a fim de fortalecer a articulação interfederativa no âmbito da saúde em território nacional; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VIII)

IX - garantia de desenvolvimento e implantação de sistemas de informação em saúde de base nacional ou estadual mediante prévia pactuação nas respectivas comissões intergestores; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, IX)

X - estabelecimento de política de controle de acesso autorizado aos bancos de dados dos sistemas de informação em saúde pelo cidadão e pelos gestores de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, X)

XI - promoção do uso de soluções de tecnologia de informação e comunicação (TICs) que possibilitem aos Conselhos de Saúde a sistematização de informações e a agilidade no acompanhamento das ações em saúde e da participação da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, XI)

Seção V

Das Diretrizes Relacionadas à Formação Permanente de Pessoal para o SUS na Área de Informação e Informática em Saúde

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção V)

Art. 8º São diretrizes relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º)

I - promoção da formação, da qualificação e da educação permanente dos trabalhadores e dos gestores de saúde para uso da informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, I)

II - promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e da Educação com vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de informação e informática em saúde nos cursos de graduação e pós-graduação; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, II)

III - incentivo ao desenvolvimento de programas específicos para a formação em educação permanente na área de saúde, a fim de ampliar e qualificar a produção e utilização da informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, III)

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO III)

Art. 9º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º)

I - incluir no Plano Nacional de Saúde ações e metas para a implementação da PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, I)

II - apoiar a implementação da PNIIS nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, II)

III - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, III)

IV - prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, IV)

V - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, V)

VI - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação da PNIIS de forma articulada com os Estados e os Municípios; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VI)

VII - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades, para atender às demandas informacionais, garantida a interoperabilidade entre os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VII)

VIII - promover e coordenar ações para o desenvolvimento de alta competência e excelência profissional em áreas da informação e tecnologia da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VIII)

IX - apoiar processos para adoção de certificação digital, emitida pela Infraestrutura de Chaves Públicas (ICP-Brasil). (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, IX)

Art. 10. Às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal competem: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10)

I - promover a implementação das ações de informação e informática no âmbito estadual e distrital, em consonância com a PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, I)

II - incluir ações e metas nos planos estaduais e distrital de saúde, em consonância com a PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, II)

III - apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, III)

IV - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde com foco nas especificidades de informação e informática, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, IV)

V - prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, V)

VI - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VI)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

~~**VII -** implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VII)~~

~~**VIII -** estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática da PNIIS de forma articulada com o Ministério da Saúde e com os Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VIII)~~

~~**IX -** coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde no SUS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, IX)~~

~~**Art. 11.** Às Secretarias Municipais de Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11)~~

~~**I -** implementar as ações de informação e informática em saúde em consonância com a PNIIS, conforme previsto no sistema de planejamento do SUS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, I)~~

~~**II -** apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, II)~~

~~**III -** articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, III)~~

~~**IV -** implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, IV)~~

~~**V -** desenvolver ações de educação permanente, com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, V)~~

~~**VI -** estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática desta Política no âmbito local; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, VI)~~

~~**VII -** coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde no SUS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, VII)~~

~~**CAPÍTULO IV**~~
~~DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO~~
~~(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO IV)~~

~~**Art. 12.** As ações e as metas para o monitoramento e a avaliação da PNIIS devem estar presentes nos seguintes instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12)~~

~~**I -** Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, I)~~

~~**II -** Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, II)~~

~~**III -** Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, III)~~

~~**CAPÍTULO V**~~
~~DAS DISPOSIÇÕES FINAIS~~
~~(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO VI)~~

~~**Art. 13.** Fica instituído Comitê Gestor, de composição tripartite, cujas competências serão definidas em ato específico do Ministro de Estado da Saúde, para o acompanhamento da implementação da PNIIS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 14)~~

~~**Art. 14.** O Comitê garantirá, no seu cronograma anual de trabalho, encontros sistemáticos com representantes de outros órgãos e entidades públicas e privadas que têm interface com as ações a serem executadas, bem como poderá convidá-los a participar de suas reuniões, sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 15)~~

~~**Art. 15.** A implementação da PNIIS deve observar a realidade local, respeitando conceitos e incentivando experiências bem-sucedidas para estabelecer uma extensa rede de cooperação, com o fim de inserir os princípios e as diretrizes da Política no cotidiano das ações institucionais na área de saúde em território nacional. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 16)~~

~~**Art. 16.** Compete, conjuntamente, à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e à Secretaria-Executiva (SE/MS), articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação da PNIIS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 17)~~

~~**Art. 17.** O texto integral da PNIIS estará disponível no Portal do Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço eletrônico http://portalsaude.saude.gov.br/. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 18)~~

ANEXO XLII
Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), com a finalidade de definir os princípios e diretrizes norteadores para os setores público e privado efetivarem a integração dos sistemas de informação em saúde, promovendo a inovação, apoiando a transformação digital dos processos de trabalho em saúde e aprimorando a governança no uso da informação, das soluções de tecnologia da informação e da saúde digital, bem como a transparência, a segurança e o acesso às informações em saúde pela população e melhoria da saúde do cidadão. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Parágrafo único. A PNIIS destina-se a orientar as ações: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - das unidades do Ministério da Saúde e entidades vinculadas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - dos gestores de saúde das três esferas de governo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - das entidades públicas e privadas de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - dos prestadores de serviços de saúde e tecnologia, públicos e privados; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - dos profissionais da área de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - dos usuários dos serviços de saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

VII - das instâncias de controle social. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 2º São princípios da PNIIS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - promoção da universalidade, integralidade e equidade na atenção e proteção à saúde, direcionada à continuidade do cuidado individual e coletivo por meio dos processos de coleta, gestão, produção e disseminação dos dados e informação em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - fomento à gestão e à produção dos dados e informação em saúde, como elementos capazes de gerar conhecimento, na totalidade das ações de atenção, gestão, auditoria, pesquisa, controle e participação social, de modo a fundamentar ações de vigilância em saúde e formulação de políticas públicas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - democratização dos dados e informação em saúde como dever das entidades no âmbito do SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - promoção do acesso aberto aos dados e à informação em saúde como direito do cidadão; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - descentralização dos processos de produção e disseminação dos dados e da informação em saúde, para atender às necessidades de compartilhamento de dados e às especificidades regionais e locais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - preservação da autenticidade, da integridade, rastreabilidade e da qualidade da informação em saúde, observado o disposto na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de Dados; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - confidencialidade, privacidade, proteção de dados e segurança da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - autonomia do usuário na decisão sobre o compartilhamento dos seus dados de saúde com profissionais da área de saúde que atuem na sua assistência, com órgãos de pesquisa ou com órgãos ou entidades de saúde públicas e privadas, respeitadas as obrigações legais de compartilhamento para vigilância em saúde e gestão da saúde pública; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IX - otimização dos processos de trabalho em saúde, com base na produção e uso das informações em saúde como elemento estruturante para universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde, a partir da captura única de informações mediante a utilização de padrões abertos e interoperáveis; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

X - desenvolvimento de iniciativas que tenham como foco primário o cidadão e seu bem estar físico e mental; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XI - reconhecimento da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), prevista no art. 254A da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, como a plataforma nacional de integração de dados em saúde no país; e XII - respeito aos princípios relacionados na legislação vigente, com a padronização de normas e práticas, para promover a proteção, de forma igualitária, dentro do país e no mundo, aos dados pessoais de todo cidadão que esteja no Brasil. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Parágrafo único. A implementação da PNIIS, além dos princípios previstos no art. 2º, deverá observar as diretrizes específicas previstas no Capítulo II. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES ESPECÍFICAS DA PNIIS
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 3º A implementação da PNIIS deve ocorrer em observância às diretrizes específicas de que trata este Capítulo, organizadas nas seguintes prioridades: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - governança e gestão no âmbito da PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - informatização das instituições de saúde públicas e privadas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - suporte à melhoria da atenção à saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - engajamento do usuário como protagonista da sua saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - formação e capacitação de recursos humanos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - ambiente de conectividade em saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - ecossistema de inovação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO I
Governança e Gestão no Âmbito da PNIIS
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 4º São diretrizes gerais de governança e gestão da PNIIS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - coordenação nacional das ações de saúde digital pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal em seus respectivos territórios, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde e da Estratégia de Governo Digital do Brasil; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - acompanhamento periódico das ações de saúde digital pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e conselhos de saúde estaduais, municipais e distrital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - articulação das três esferas de gestão com os Conselhos de Saúde, por meio do uso de tecnologias da informação e comunicação; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - fortalecimento da participação da sociedade na tomada de decisão da PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - promoção da transparência das ações relacionadas à PNIIS, de modo a fortalecer o acompanhamento das diretrizes e estratégias da PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - Aprimoramento dos mecanismos de governança norteados pelas melhores práticas de gestão de risco, com ampla transparência e com a participação da sociedade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - fortalecimento da área de saúde digital nas três esferas de gestão, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração da atenção, proteção, promoção, prevenção e recuperação à saúde e participação da

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

sociedade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - estabelecimento de mecanismos de controle de acesso autorizado a dados pessoais e dados pessoais sensíveis, pelo usuário, pelos profissionais de saúde, gestores da atenção e vigilância em saúde, órgãos de pesquisa e agentes públicos legalmente autorizados, em conformidade com a Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IX - fomento à criação de linhas de financiamento, investimento e custeio para o desenvolvimento de projetos de tecnologia da informação e comunicação em saúde pelos gestores de saúde das três esferas de governo e de acordo com as deliberações dos conselhos de saúde, nos termos da Lei 141 de 13 de janeiro de 2012; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

X - fortalecimento da gestão da informação como atividade fundamental para a efetiva consolidação das políticas de atenção e vigilância em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XI - fortalecimento de mecanismos de articulação institucional por gestores de saúde, públicos e privados, com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XII - fortalecimento e criação de mecanismos de articulação institucional por gestores de saúde, públicos e privados, com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde à RNDS e adoção de ações referentes à implementação da PNIIS no processo de planejamento regional integrado; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XIII - pactuação prévia, nas respectivas comissões intergestores, para o desenvolvimento e implantação de sistemas de informação em saúde de base nacional ou estadual, com tecnologias compatíveis e integradas; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XIV - fortalecimento de modelos de monitoramento, auditoria e avaliação para os avanços e necessidades de infraestrutura de TIC e de soluções de saúde digital. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

§ 1º O Comitê Gestor de Saúde Digital (CGSD) é a instância de decisão colegiada, com funções normativas, diretivas, de monitoramento e avaliação das atividades relativas aos sistemas de informação em saúde, da PNIIS, da Estratégia de Saúde Digital e da Estratégia de Governo Digital no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

§ 2º A instituição e a implementação da saúde digital devem observar os seguintes instrumentos norteadores do planejamento, no âmbito da administração pública federal: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

a) Plano de Saúde e Relatório de Gestão, nos termos da Lei 141 de 13 de janeiro de 2012; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

b) Estratégia de Saúde Digital para o Brasil; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

c) Plano de Transformação Digital (PTD), nos termos do Decreto nº 10.332, de 28 de abril de 2020; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

d) Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC); e) Plano de Dados Abertos (PDA), nos termos do disposto no Decreto nº 8.777, de 11 de maio de 2016; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

e) Plano Nacional de Internet das Coisas, nos termos do Decreto nº 9.854, de 25 de junho de 2019. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO II
Informatização das instituições de saúde públicas e privadas
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 5º São diretrizes da PNIIS quanto à informatização das instituições públicas e privadas:

I - indução à informatização com padrão mínimo para infraestrutura e segurança de TIC a ser alcançado, de forma a acelerar a adoção de sistemas de prontuários eletrônicos, de apoio à decisão e de gestão como parte integradora dos serviços e processos de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - estímulo ao uso de sistemas de prontuário eletrônico com segurança e funcionalidades compatíveis com os processos de trabalho em saúde e adequadas para atender à realidade das diferentes esferas de gestão e níveis de complexidade da saúde, bem como dos estabelecimentos de saúde considerando as necessidades dos setores público e privado, para atendimento aos padrões de intercâmbio de dados com a RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - promoção da articulação com o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações, com o Ministério das Comunicações, e com agências reguladoras federais, com vistas à implantação da infraestrutura e procedimentos necessários à área de saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - fornecimento de TIC adequada para o recebimento do histórico clínico pela RNDS ao longo de todo ciclo de vida do usuário, para continuidade de cuidado, por meio de prontuário eletrônico das instituições públicas e privadas, em conformidade com as diretrizes legais sobre gestão documental, dispostas na Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, e no Decreto nº 4073 de 3 de janeiro de 2002; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - fortalecimento de mecanismos de segurança de acesso aos sistemas, dados e informações de saúde, que garantam sua disponibilidade, autenticidade e integridade, com incentivo ao uso de assinatura eletrônica e sistemas biométricos; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - estímulo à padronização dos modelos de informação mínimos nacionais, bem como dos vocabulários e terminologias em saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO III
Suporte à Melhoria da Atenção à Saúde
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 6º São diretrizes da PNIIS quanto ao suporte à melhoria da atenção à saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - implementação de soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde, a qualidade do contato assistencial e a transformação digital dos estabelecimentos de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - apoio à execução das melhores práticas clínicas e de auditoria, de forma a conectar serviços e aplicativos oferecidos pelo Ministério da Saúde, bem como aqueles desenvolvidos por terceiros, por meio de sua plataforma de colaboração; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - padronização de protocolos de especialidades, de forma integrada e digital em estabelecimentos de saúde, permitindo a gestão adequada das demandas de atenção à saúde e dos mecanismos de regulação; (Redação dada pela

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - estímulo a soluções de saúde digital de alto impacto para intervenções comunitárias, de forma a ampliar a cobertura de promoção da saúde para grupos vulneráveis e outros grupos priorizados; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - realização de análise de custo-benefício para a adoção de monitoramento remoto das condições de saúde de pacientes crônicos por meio de dispositivos vestíveis inteligentes. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO IV
Engajamento do Usuário como Protagonista da sua Saúde
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 7º São diretrizes da PNIIS quanto ao engajamento do usuário como protagonista da sua saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - promoção de hábitos saudáveis e gerenciamento da própria saúde, da família e da comunidade, de forma a auxiliar também na construção das soluções digitais para que atendam às suas necessidades e permitam minimizar desigualdades e iniquidades sociais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - promoção, por gestores de saúde públicos e privados, da alfabetização digital em saúde (educação em saúde digital), de forma atuar sobre os determinantes sociais da saúde, a possibilitar que o usuário utilize as soluções digitais e usufrua de seus benefícios no cuidado de sua saúde e de seus familiares; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - promoção do uso de soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem aos Conselhos de Saúde a análise e avaliação dos benefícios da saúde digital, a sistematização de informações, o acompanhamento das ações em saúde e a participação da comunidade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - monitoramento, avaliação e auditoria permanentes do nível de satisfação da população sobre sua experiência com os serviços de saúde digital, a partir da criação de interfaces funcionais, com design intuitivo e que sigam os princípios da experiência do usuário, considerando a diversidade de públicos-alvo; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - incentivo a projetos de criação de soluções digitais e espaços de aprendizagem no contexto de atenção à saúde, que visem a diminuir os desafios socioculturais e ampliar as possibilidades de educação em saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - estímulo a parcerias com os cursos de graduação e pós-graduação da área saúde visando a educação permanente de jovens e adultos sobre a saúde digital e as tecnologias de acesso ao monitoramento em saúde individual e coletiva; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - promoção da cultura de proteção de dados e segurança da informação entre profissionais, gestores e usuários do sistema de saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO V
Formação e Capacitação de Recursos Humanos
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 8º São diretrizes da PNIIS quanto à formação e capacitação de recursos humanos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - incentivo à qualificação dos processos de trabalho em saúde, incluindo as novas soluções digitais, considerando-os atividades de gestão e auditoria do sistema de saúde e de gestão do cuidado; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - promoção da formação, qualificação, avaliação e da educação permanente dos trabalhadores e dos gestores de saúde nas áreas de informação e informática em saúde, com foco na pessoa e suas diversidades, em especial, no que tange à coleta e análise do quesito raça, cor e ao respeito ao nome social e identidade de gênero; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - promoção da articulação com os Ministérios da Ciência Tecnologia, Inovações e Comunicações e da Educação, com vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de saúde digital nos cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - incentivo ao desenvolvimento de programas específicos para a formação em educação permanente na área de saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - estímulo ao reconhecimento da Saúde Digital como área de conhecimento, incentivando e fortalecendo a formação de docentes e pesquisadores capacitados ao exercício do magistério, pesquisa e inovação nessa área, além de profissionais especializados, com relevância para a criação de programas de pós-graduação stricto sensu, com especial relevância aos de natureza profissionalizante e com uso de ensino híbrido, com ampla colaboração das universidades públicas e privadas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - incentivo à inserção da saúde digital nos processos formativos desenvolvidos pela rede de escolas de governo vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e municipais privilegiando a associação com universidades públicas e privadas, e de redes colaborativas de educação; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - incentivo à inclusão de carga horária de estágio básico nos cursos de graduação e pósgraduação das atividades de educação permanente desenvolvidas no âmbito público e privado sobre a saúde digital e as tecnologias de acesso ao monitoramento em saúde individual e coletiva; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - incentivo à criação de processos de diálogo para produção, sistematização e incorporação de sugestões e críticas dos profissionais de saúde no processo de desenvolvimento das aplicações e serviços em saúde digital, bem como para oferta de informações adicionais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO VI
Ambiente de Conectividade em Saúde
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 9º São diretrizes da PNIIS quanto ao ambiente de conectividade em saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - promoção do trabalho colaborativo e inovador potencializado pela RNDS em todos os setores da saúde para que tecnologias, conceitos, padrões, modelos de serviços, políticas e regulações sejam postos em prática; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - estabelecimento de padrões e protocolos de interoperabilidade entre diferentes sistemas e dispositivos de saúde com a RNDS, preferencialmente abertos, para a troca de informações que permita a identificação unívoca dos

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

indivíduos e a evolução do seu registro eletrônico de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - uso de big data em saúde, para fornecer evidências para políticas, pesquisa e planejamento para que as descobertas na saúde digital se traduzam em ações; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - promoção da disseminação de dados e informações em saúde e do uso de inteligência artificial de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de formação, ensino e pesquisa, entre outras; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - divulgação das diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à saúde, utilizando diferentes veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - disponibilização de dados armazenados na RNDS de forma anonimizada para análises e pesquisas, observada e resguardada a confidencialidade das informações pessoais de saúde, por meio dos direitos à proteção de dados e privacidade, em consonância com o Plano de Dados Abertos do Ministério da Saúde, com a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e com a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

SEÇÃO VII
Ecossistema de Inovação
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 10. São diretrizes da PNIIS quanto à existência de um ecossistema de inovação: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - estímulo ao uso máximo da RNDS como ambiente de conectividade em saúde, como laboratório de inovação aberta, de modo a criar ambiente seguro para teste e escalonamento de novas soluções, com aproveitamento das tecnologias criadas por startups e instituições privadas de saúde, cujo domínio torne-se público; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - estímulo ao estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional de software em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - promoção da articulação intersetorial com objetivo de qualificar a capacidade de produção de software, no interesse da área da saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - estímulo ao desenvolvimento de metodologias e ferramentas científicas e tecnológicas para a gestão, qualificação e uso da informação em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - aprimoramento do processo regulatório de saúde para apoiar a inovação, por meio da implementação de ações e mecanismos de regulação para o complexo produtivo da saúde digital, de forma a garantir a segurança e a adequação dos dispositivos em um processo ágil; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - estímulo ao desenvolvimento de aplicações que utilizem tecnologias que possibilitem a detecção rotineira de condições crônicas de saúde na prática clínica e que monitorem a qualidade e a efetividade e eficácia do cuidado de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - padronização da metodologia para analisar tecnologias em saúde, a fim de acelerar a adoção em estabelecimentos de saúde, órgãos governamentais e instituições privadas; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IX - estímulo a parcerias entre o setor público e o privado, universidades, sociedades científicas, agências reguladoras e outros ministérios, para promover modelos de financiamento sustentáveis, alavancar o desenvolvimento e o uso de tecnologias e inovação em soluções de saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

X - estímulo a trocas de experiências internacionais e cooperação para desenvolvimento de estratégias e de soluções para a saúde digital entre os países; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XI - a orientação para que a produção de software e demais soluções digitais em saúde busque: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

a) desenvolver tecnologia em consonância com a PNIIS, a ESD e a RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

b) incluir nos produtos a conexão com as interfaces disponibilizadas pelos gestores do sistema sem onerar o prestador de serviços de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

c) capacitar seus colaboradores nas tecnologias e padrões definidos pelos gestores do SUS; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

d) adotar tecnologias e padrões determinados pelos gestores do SUS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CAPÍTULO III
DAS RESPONSABILIDADES DOS CONSELHOS DE SAÚDE, DAS ESFERAS DE GESTÃO DO SUS, DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS USUÁRIOS

Art. 11. São responsabilidades dos Conselhos de Saúde, nas suas respectivas esferas de gestão, a promoção do conhecimento, o acompanhamento e avaliação da execução da PNIIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 12. São responsabilidades do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no âmbito de suas competências, em articulação com o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - orientar a atuação dos conselhos de saúde no acompanhamento da execução da política, para que os instrumentos de gestão prevejam objetivos, metas, indicadores e financiamento da PNIIS, segundo deliberação da Conferência Nacional de Saúde, com base: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

a) nos instrumentos de planejamento SUS da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

b) nos instrumentos utilizados na Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD), em consonância com as diretrizes em vigor; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

II - identificar as necessidades relacionadas à produção e a disseminação das informações em saúde e seu uso por parte do controle social, para garantir, de acordo com a legislação vigente: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

a) as melhores práticas de governança e transparência na implementação da PNIIS; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

b) a ampla participação da sociedade civil, instituições de ensino, pesquisa e inovação no intuito de fortalecer as estratégias nacionais. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 13. São responsabilidades do Comitê Gestor de Saúde Digital (CGSD) quanto à PNIIS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - apresentar os resultados alcançados na implementação da PNIIS para as Comissões e a Plenária do CNS, em periodicidade articulada entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - garantir, no seu cronograma anual de trabalho, encontros periódicos com representantes de outros órgãos e entidades públicas e privadas que possuem interface com as ações a serem executadas; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - definir o planejamento de adesão gradual das instituições públicas e privadas à RNDS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 14. São responsabilidades comuns a todas as esferas de gestão do SUS: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - implementar, de forma efetiva, as diretrizes e estratégias estabelecidas na PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - incluir nos respectivos Planos de Saúde e Programação Anual de Saúde as ações e metas para a implementação da PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - desenvolver ações de educação permanente, nas áreas de informação e informática em saúde, incluindo a saúde digital, destinadas aos profissionais da área de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - promover ações de implementação de parcerias para o fortalecimento das ações de saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - prestar apoio e cooperação técnica aos outros entes federados no desenvolvimento de ações da PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - implantar soluções digitais em saúde, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais, no cuidado integral à saúde, garantindo a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - promover o desenvolvimento e a estruturação dos departamentos ou áreas de TIC, bem como a incorporação das TIC nos departamentos ou áreas das organizações de saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IX - adotar padrões nacionais e internacionais de interoperabilidade, segurança e conteúdo semântico; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

X - assegurar os procedimentos necessários para propiciar a segurança dos dados pessoais de saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XI - zelar pela privacidade e confidencialidade dos dados pessoais de saúde a que tenha acesso. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - elaborar e revisar periodicamente a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD), em articulação com CONASS e CONASEMS, e coordenar sua consecução em âmbito nacional; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - promover e coordenar ações para o desenvolvimento de alta competência e excelência profissional em áreas da saúde digital; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação da PNIIS de forma articulada com os Estados, Distrito Federal e os Municípios; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação da maturidade digital dos estabelecimentos de atenção à saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - gerir e normatizar o uso dos padrões nacionais de interoperabilidade, segurança e conteúdo semântico, conforme previsto no art. 237 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - fazer a gestão estratégica da operação da RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - desenvolver os critérios e mecanismos de credenciamento de órgãos e entidades públicas e privadas junto à RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - garantir o acesso da gestão do SUS de estados, municípios e Distrito Federal às bases de dados dos Sistemas de Informação de Base Nacional referentes à população de seus territórios; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IX - garantir recursos orçamentários e financeiros para custear a sustentação operacional da RNDS e prover o serviço aos demais entes; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

X - prever recursos orçamentários e financeiros para apoiar a informatização da atenção em saúde por meio de programas específicos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XI - gerir e normatizar o uso dos padrões e protocolos de interoperabilidade para a verificação da autenticidade, integridade e validade jurídica das assinaturas eletrônicas em documentos de saúde, especialmente prescrições eletrônicas, quando couber, e respeitada a legislação aplicável; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XII - promover a criação de Política de Governança de Dados de Saúde que forneça diretrizes específicas de segurança, ética em pesquisa, propriedade intelectual, confidencialidade e privacidade da informação, que estimule a

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

cultura de proteção de dados em saúde, observados os princípios e diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) para os setores público e privado de saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

XIII - promover a criação de uma Política Nacional de Telessaúde, para os setores público e privado, para que seja adotada como prática essencial, rotineira e permanente para a atenção à saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Parágrafo único. Para fins do disposto nos incisos I, XII e XIII deste artigo serão ouvidos os conselhos de saúde e as instituições de ensino, pesquisa e inovação na área da saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 16. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - promover a implementação das ações de saúde digital no âmbito estadual, em consonância com a PNIIS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - apoiar a gestão do credenciamento das secretarias municipais de seu território junto à RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - prestar o suporte quanto à utilização da RNDS no seu âmbito de atuação; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - divulgar e apoiar a implantação e implementação das diversas políticas de saúde demandadas pela União e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VI - monitorar a implementação da PNIIS nos municípios; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VII - promover a formação de parcerias com Instituições de Ensino Superior, em caráter local ou regional, para aumentar a oferta de oportunidades de formação de profissionais capacitados à execução das tarefas inerentes à saúde digital, em todos os níveis; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

VIII - monitorar e avaliar a qualidade dos dados e informações transmitidas à RNDS dos estabelecimentos de seu território. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos municípios e do Distrito Federal: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - implementar as ações em saúde digital em consonância com a PNIIS, conforme previsto nos instrumentos de planejamento do SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - apoiar a gestão do credenciamento dos estabelecimentos de saúde junto à RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - prestar o suporte quanto à utilização da RNDS no seu território; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - monitorar e avaliar a qualidade dos dados e informações transmitidas à RNDS dos estabelecimentos sob sua gestão. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 18. Compete aos estabelecimentos de saúde em todo o território nacional: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - realizar, de maneira gradativa, conforme planejamento estipulado pelas esferas de gestão, por meio do CGSD, as adequações necessárias em seus sistemas de informação relativas ao uso da RNDS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - enviar os dados e informações referentes aos atendimentos em saúde à RNDS para a composição do histórico clínico dos pacientes, conforme os protocolos operacionais definidos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - disponibilizar, fidedignamente e em tempo oportuno, as informações definidas como necessárias pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde ou do Distrito Federal; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - assegurar os procedimentos necessários para propiciar a segurança dos dados pessoais de saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

V - zelar pela privacidade e confidencialidade dos dados pessoais de saúde a que tenha acesso. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 19. Compete aos profissionais de saúde em todo território nacional: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - zelar pela privacidade e confidencialidade dos dados pessoais de saúde a que tenha acesso; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - responsabilizar-se pela autoria e pela qualidade dos dados produzidos e prestados. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 20. Os usuários devem zelar pelo bom uso de seus dados de saúde e das pessoas sob sua responsabilidade, bem como monitorar e participar da ampliação do uso da RNDS como um bem público para toda a sociedade brasileira, por meio dos conselhos de saúde e pelos canais de comunicação disponíveis para os cidadãos. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CAPÍTULO IV

Do Monitoramento e da Avaliação

(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 21. As ações e as metas para o monitoramento e a avaliação da PNIIS devem ser pactuadas no âmbito do CGSD e devem constar dos seguintes instrumentos de planejamento do SUS, submetidos às deliberações dos Conselhos de Saúde: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - Plano de Saúde, nas respectivas esferas de gestão do SUS; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - Programações Anuais de Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

III - Relatórios Anuais de Gestão; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

IV - Planejamento Regional Integrado; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

V - Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, no âmbito federal. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 22. A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil deverá incluir em seu Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação, indicadores de saúde, metas, mecanismos e metodologia para avaliar a maturidade da saúde digital, bem como meios de mensuração para subsidiar o acompanhamento da implementação das diretrizes da PNIIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

CAPÍTULO V
Disposições Finais
(Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 23. A execução da PNIIS deve observar: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

I - as diretrizes emanadas pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados e os demais normativos e diretrizes de proteção de dados; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

II - a realidade local, respeitando conceitos e incentivando experiências bemsucedidas para estabelecer uma extensa rede de cooperação, com o fim de inserir os princípios e as diretrizes da Política no cotidiano das ações institucionais na área de saúde em território nacional. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

Art. 24. Compete à Secretaria-Executiva (SE/MS), articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto ao CONASS, CONASEMS e CNS e demais órgãos e entidades públicos e privados, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à execução da PNIIS. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.768 de 30.07.2021)

[Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2T-KK9D-60WD-7I5Z

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA
RUA SÃO SALVADOR, 70
Email: igarapavasaude@gmail.com

Relação das Equipes de Saúde da Família 2023

Equipe ESF Vila Gomes – UBS Dr Jamil Jorge Fiod

Quantitativo de cadastro individual: 3.957 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
ADRIELE LEMOS CARDOSO	Enfermeira	40 horas
GEOVANA PERPETUA DE JESUS LIMA	Enfermeira	40 horas
MARINA R. BORGES M. NAGIB	Médica	40 horas
ROSANE C. SILVEIRA BASTOS	Técnica de Enfermagem	40 horas
HELEN JAQUELINE VIANA	Técnica de Enfermagem	40 horas
NAYARA NUNES CARRER	Recepcionista	40 horas
JANAINA MENDONÇA	Auxiliar Administrativo	40 horas
CLEISIANI TREVIZAN	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
GESSICA GLEICIANE CABRAL RIBEIRO	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
LUCIANA DOS SANTOS ALVES SALES	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
VIVIANE CRISTINA DO VALE OLIVEIRA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
SILVANA APARECIDA TROMBETA CORREIA	Auxiliar de Limpeza	40 horas
LUCAS COLOMBO COLMANETTI	Dentista	40 horas
ELIDA VERUSCA DE OLIVEIRA ARGEMIRO	Auxiliar de Consultório Dentário	30 horas

Equipe ESF Saudade – UBS Oswaldo de Sousa Filho

Quantitativo de cadastro individual: 3.672 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
MARIANA APARECIDA COSTA RAMALHO	Enfermeira	40 horas
ARIEL PAULO AGOSTINHO BARBOZA	Médico	40 horas
TAUANY ARAUJO DE ALMEIDA	Técnica de Enfermagem	40 horas
TATIANA ESTEFANI DA SILVA MATEUS	Técnica de Enfermagem	40 horas
LAERCIA LUIZA BRANQUINHO EUZÉBIO	Recepcionista	40 horas
ADRIANO CESÁRIO DA COSTA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
PRISCILA PEREIRA DE AMORIM	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
BARBARA NATALI	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
JULIANA FAQUIM ASSAD LIMA	Dentista	40 horas
MARLY APARECIDA RODRIGUES ANDRADE	Auxiliar de Consultório Dentário	40 horas
ANA SOFIA ALMEIDA LIMA FIOD COSTA	Psicóloga	30 horas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1D-KP9Y-74WZ-I0FQ
Assinado por 1 pessoa: JOSÉ ANDRÉ NETO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/7E55-4B8C-9B6C-2B8B e informe o código 7E55-4B8C-9B6C-2B8B

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA
RUA SÃO SALVADOR, 70
Email: igarapavasaude@gmail.com

Equipe ESF Evaristo – UBS Dr Aluísio Antonio Maciel Filho

Quantitativo de cadastro individual: 3.604 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
BRUNA SALVINO DA SILVA	Enfermeira	40 horas
STHEFANIE ANGELO ARANTES	Médica	40 horas
SILVIA HELENA BENEDITO RODRIGUES	Técnica de Enfermagem	40 horas
NAIARA R.INÁCIO DO NASCIMENTO BASTOS	Técnica de Enfermagem	40 horas
CINTIA ADRIANA SULINO	Recepcionista	40 horas
LORRAINE APARECIDA DA SILVA	Auxiliar Administrativo	40 horas
TAYLA APARECIDA SILVA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
ELAINE CRISTINA BARBOSA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
MÁRCIA CRISTINA GOBBI DE SOUZA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
ELMARA CRISTINA DE SOUZA OLIVEIRA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
FÁTIMA GOMES	Auxiliar Limpeza	40 horas
DANIELE MORAIS DIAS	Dentista	40 horas
PATRÍCIA ROSSI DE SOUSA	Auxiliar de Consultório Dentário	40 horas
LAURA PORTO GONÇALVES	Fonoaudióloga	30 horas

Equipe ESF Central – UBS Dr Alcides Antonio Maciel

Quantitativo de cadastro individual: 4.496 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
ANA CAROLINA TERRA	Enfermeira	40 horas
RUI BARBOSA DE SOUSA NETO	Médico	40 horas
ANA PAULA MANIEZZO	Técnica de Enfermagem	40 horas
MERLIM LOPES DA SILVA	Técnica de Enfermagem	40 horas
ROSANGELA AP. BARCELOS MALAQUIAS	Recepcionista	40 horas
PEDRO DA SILVA FIOD	Auxiliar Administrativo	40 horas
ELAINE MARA RODRIGUES	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
IZADORA SILVA MAIA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
LUCIANA NUNES DE ANDRADE	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
VALERIA CRISTIANE DA SILVA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1D-KP9Y-74WZ-I0FQ
Assinado por 1 pessoa: JOSÉ ANDRÉ NETO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/7E55-4B8F-9B69-2B82

Equipe ESF Waldir – UBS Dr Manoel Ribeiro Soares

Quantitativo de cadastro individual: 4.584 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
IZABELA SILVA MAIA	Enfermeira	40 horas
AMANDA FREITAS ARAUJO	Médica	40 horas
ANA PAULA DOS REIS ZANQUETTA	Técnica de Enfermagem	40 horas
SANDRA TURTRO	Técnica de Enfermagem	40 horas
RENATA APARECIDA ARANTES	Recepcionista	40 horas
ANGELA ROSANA FERREIRA MARTINS	Recepcionista	40 horas
GRAZIELA VIANA DE PAULA	Auxiliar Administrativo	40 horas
CLAUDIA MARIA DA SILVA FERREIRA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
JESSICA FERNANDA FURTADO	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
FRANCIELI CAROLINE COSTA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
NANCY DA SILVA MANOEL	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
MARIA DE FATIMA CRUZ FURTADO	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
RAIZA VELOSO SOARES	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
MILTON ALVES SIQUEIRA JÚNIOR	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
SIMONE FERREIRA DO NASCIMENTO	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
DRIELLY ROBERTA ROQUE	Auxiliar Limpeza	40 horas
JOAO MARCOS COLOMBRO COLMANETTI	Dentista	40 horas
GISELE CRISTINA LINARES	Auxiliar de Consultório Dentário	40 horas

Equipe ESF Valda – UBS Valda Maria dos Santos Souza

Quantitativo de cadastro individual: 4.584 – fonte: SISAB

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA
THAIS DE SOUZA	Enfermeira	40 horas
VITOR PEREIRA SANTANA	Médico	40 horas
JOICE FERNANDA SULINO DE CARVALHO	Técnica de Enfermagem	40 horas
MARIA HELENA BATISTA DA COSTA	Técnica de Enfermagem	40 horas
MARCIA RAYRA DE SOUZA	Recepcionista	40 horas
CLEIDE APARECIDA DE OLIVEIRA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
LEONARDO MATHEUS BARBOZA	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
OSCAR FERREIRA MENEZES NETO	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
NAIARA ALVES SCANAVEZ	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
CASSIO LOBIANCO GOMES	Agente Comunitário de Saúde	40 horas
DIEGO HENRIQUE DA SILVA MENDONÇA	Dentista	40 horas
MARCIA APARECIDA EMILIO	Auxiliar de Consultório Dentário	40 horas
CAMILA APARECIDA ROCHA DE ALMEIDA	Psicóloga	30 horas

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1D-KP9Y-74WZ-I0FO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://ingarapava.1doc.com.br/verificacao/2888-2606-8805-5575 e informe o código 2888-2606-8805-5575
Assinado por 1 pessoa: JOSÉ ANDRÉ NETO

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA
RUA SÃO SALVADOR, 70
Email: igarapavasaude@gmail.com

Equipe de Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF)

Vinculada às 6 Equipes de Saúde da Família do Município

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
ROBERTA BISITONO JERICO	Terapeuta Ocupacional	30 horas
ELOIZA MATHIAS COLANIGO	Fonoaudióloga	30 horas
VALDEISA RODRIGUES SOUSA GONÇALVES	Fonoaudióloga	30 horas
TALITA ASSANO MALAGUTTI KODAMA	Terapeuta Ocupacional	30 horas
ANA CAROLINA BERNARDES COELHO	Psicóloga	30 horas
LETICIA BIANQUINI ELIAS	Psicóloga	30 horas
TATIANA ALVES BERTANHA	Psicóloga	30 horas

Equipe de Coordenação

06 Equipes de Saúde da Família

NOME COMPLETO	FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL
MAURICIA BROCHADO OLIVEIRA SOARES	Enfermeira	30 horas
JANAINA GARCIA CIRILO	Enfermeira	40 horas
NAGELA CRISTINA JORGE NASCIMENTO BASTOS	Enfermeira	40 horas

Igarapava, 15 de junho de 2023

Jose André Neto
Diretor
Departamento Municipal de Saúde

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV1D-KP9Y-74WZ-I0FQ
Assinado por 1 pessoa: JOSÉ ANDRÉ NETO
Para verificar a validade das assinaturas acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/7E55-4885-2C96-6888

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IGARAPAVA
RUA SÃO SALVADOR, 70
igarapavasaude@gmail.com

Relatório sobre o resultado do atingimento das metas e indicadores constantes na programação do Plano Municipal de Saúde Diretriz n° 1 Referente ao ano de 2022 e referente ao 1° quadrimestre 2023

Nº	Descrição da Meta	Meta Prevista				Meta Alcançada			
		2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
1.1.1	Manter ou ampliar a cobertura de atenção básica municipal	85	85	100	100	83,33	83,33		
1.2.1	Manter as equipes de saúde bucal	5	5	5	5	5	5		
1.2.2	Ampliar o acesso de gestantes ao cuidado em saúde bucal	60	60	60	60	71	74		
1.2.3	Abastecer de forma contínua os consultórios odontológicos através de insumos utilizados no atendimento direto ao usuário.	100	100	100	100	100	100		
1.3.1	Acompanhamento das condicionalidades saúde dos usuários inscritos no bolsa família.	80	80	85	85	92,3	71,9 *		
1.4.1	Melhorar o acesso a coleta de exames citopatológicos das mulheres de 25 à 64 anos.	40	40	40	40	24	25		
1.4.2	Melhorar o acesso ao exame de mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos.	50	50	50	50	51	15,9		
1.5.1	Manter a cobertura vacinal no município	95	95	95	95	92	86		
1.6.1	Ampliar o acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial	50	50	50	50	36	35		
1.6.2	Ampliar o acompanhamento de pacientes com diabetes	50	50	50	50	16	20		
1.7.1	Realizar 6 ou mais consultas de pré natal para gestantes.	45	45	45	45	76	69		
1.7.2	Ampliar acesso aos exames de HIV e sífilis para gestantes.	60	60	60	60	74	63		
1.8.1	Proporcionar assistência em saúde e cuidado para casos suspeitos de COVID 19	100	100	100	100	100	100		
1.9.1	Ampliação da cobertura de Atenção à Saúde da população.	0	0	1	0	0	0		
1.10.1	Abastecimentos das Unidades de Saúde com os itens necessários para a sua manutenção, funcionamento e para execução das ações e serviços de saúde.	100	100	100	100	100	100		
1.10.2	Aprimorar a adequação de equipamentos e materiais permanentes nas unidades de saúde.	100	100	100	100	100	100		

A porcentagem do bolsa família é calculada semestralmente. Assim, essa porcentagem referente a 2023 ainda deverá ser reajustada após a finalização do primeiro semestre de 2023.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV0I-87TV-5RRT-4F4X
Assinado por 2 pessoas: JOSÉ ANDRÉ NETO e MAURICIA BROCHADO OLIVEIRA SOARES
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://igarapava.1doc.com.br/verificacao/4AAC-BAED-6B78-9585 e informe o código verificador: 4AAC-BAED-6B78-9585

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **José Ricardo Rodrigues Mattar**, CPF **162.070.128-60**, atesto que na data de **14/06/2023** às **13:59:34** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **zericardo@igarapava.sp.gov.br**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

D43C41ED49741FB48498398DEAABD90A71BCB8A89E84F128A45F36F9A6

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

39c6c705-dbce-412c-8c86-144adc3f4e7f

Para conferência, acesse **https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos** e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RV2A-JDF8-5X5X-4WVM

Ituverava, 13 de junho de 2023.

Ofício nº 095/2023 – TCE-SP.GUR-17

Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal,

Informo a Vossa Excelência que o abaixo relacionado é funcionário deste Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e está autorizado a proceder à fiscalização de acompanhamento do 1° semestre das contas do exercício de 2023, objeto do Processo nº TC-004402.989.23, em conformidade com a legislação pertinente.

- MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR - RG 47.108.895-X

Fica Vossa Excelência, desde já NOTIFICADO a acompanhar todos os atos de tramitação processual exercendo o direito de defesa, interpondo recursos cabíveis, quando for o caso, e o que mais for do interesse, inclusive, no que se refere a autos próprios que vierem a ser informados.

Desde logo, fica, também, NOTIFICADO de que todos os despachos e decisões tomados acerca de aludido processo serão publicados no Diário Oficial do Estado, na conformidade do artigo 90, da Lei Complementar n.º 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

Ao ensejo, renovo meus protestos de estima e consideração.

Chefe Técnico da Fiscalização
UR-17 Unidade Regional de Ituverava

Exmo. Sr.
Jose Ricardo Rodrigues Mattar
Prefeito Municipal de Igarapava

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: MANOEL FARIA DA SILVA JUNIOR. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RUY2-FPZJ-5O9Q-AZRA

TCESP
Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo

CARTÓRIO DA CONSELHEIRA
CRISTIANA DE CASTRO MORAES
(11) 3292-3517 - cgcccm@tce.sp.gov.br

São Paulo, 9 de agosto de 2023.

Ofício C.CCM nº 1773/2023
TC-4402.989.23-0
Contas - Prefeitura

Senhor Prefeito

Cumprimento-o e, ao ensejo, participo que o processo **TC-4402.989.23-0** trata das contas anuais da **Prefeitura Municipal de Igarapava,** relativas ao exercício de 2023.

Pelo presente, Vossa Excelência fica notificado, para que, observado o **prazo de 15 (quinze) dias**, regularize o envio de documentos pendentes ao Sistema AUDESP, conforme despacho disponibilizado no DOE-TCESP em 28/07/2023 e publicado em 31/07/2023 (cópia anexa).

Alerto que o não atendimento sem causa justificada da diligência e a sonegação de informações essenciais ao exercício do controle externo poderá ensejar a **aplicação de multa**, nos termos previstos no artigo 104, incisos III e V, da Lei Complementar nº 709/93.

Apresento-lhe protestos de estima e consideração.

CRISTIANA DE CASTRO MORAES
Conselheira

A Sua Excelência o Senhor
JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Prefeito Municipal de Igarapava
IGARAPAVA – SP
C.CCCM-36(UR-17)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: CRISTIANA DE CASTRO MORAES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-RAXS-KHG3-5E3P-4RTU

TCESP
Tribunal de Contas
do Estado de São Paulo

GABINETE DA CONSELHEIRA
CRISTIANA DE CASTRO MORAES
(11) 3292-3267 - gcccm@tce.sp.gov.br

D E S P A C H O

PROCESSO:	TC-004402.989.23-0
ÓRGÃO:	PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
INTERESSADO:	JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR - PREFEITO MUNICIPAL
ASSUNTO:	Contas de Prefeitura - Exercício de 2023
ADVOGADO(S):	JULIO CESAR MACHADO (OAB/SP n° 330.136).

Tratam os autos das Contas Anuais do Exercício de 2023 da PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA.

Nos termos do Comunicado SDG nº 38/2023, publicado no DOE-TCESP de 06/07/2023, o Município foi alertado quanto ao **descumprimento** do calendário de envio de documentos ao Sistema AUDESP, constando daquela ferramenta que persistem omissões na entrega de dados obrigatórios, com prejuízo ao processamento dos demonstrativos contábeis da Origem.

Na condição de relatora da matéria, determino a **expedição de ofício** ao responsável em epígrafe para que, no prazo de 15 (quinze) dias, regularize o envio de documentos pendentes ao Sistema AUDESP, **alertando-o** que o não atendimento sem causa justificada da diligência e a sonegação de informações essenciais ao exercício do controle externo poderão ensejar a **aplicação de multa**, nos termos previstos no art. 104, incisos III e V, da Lei Complementar nº 709/93.

Publique-se.

Ao **Cartório** para cumprir.

Transcorrido o prazo, retornem conclusos ao Gabinete.

GCCCM, 26 de julho de 2023.

CRISTIANA DE CASTRO MORAES
CONSELHEIRA

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: CRISTIANA DE CASTRO MORAES. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-Q7FR-258K-5Y7Q-4L0E

PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA
ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL VILELA, 413-CENTRO – CEP 14540-000
CNPJ 45.324.290/0001-67 I.E. ISENTO
PABX (16) 3173 7200

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

Outorgante: PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARAPAVA, pessoa jurídica de Direito Público, inscrita perante o CNPJ/MF sob o nº 45324290/0001-67, com sede na Rua Dr. Gabriel Vilela, nº 413, Centro, no Município de Igarapava, Estado de São Paulo, neste ato devidamente representada por seu Prefeito Municipal, Sr. JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF sob o nº 162.070.128-60.

Outorgado: JULIO CESAR MACHADO, advogado regularmente inscrito na **OAB/SP nº 330.136,** com escritório profissional situado na Rua Caracas, nº 886 - Jardim América, no Município de Sorocaba, no Estado de São Paulo.

Pelo presente instrumento de mandato, NOMEIA e CONSTITUI seu procurador o OUTORGADO, a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula "*ad judicia et extra*", em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o Outorgado autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos, receber e dar quitações, podendo substabelecer no presente mandato, com ou sem reserva de poderes, **em especial para atuação nos processos em trâmite perante o E. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – TCESP.**

Igarapava, 14 de abril de 2021

JOSÉ RICARDO RODRIGUES MATTAR
Prefeito de Igarapava

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-K5AU-BUA7-8OT6-48J4

confiatta.

Igarapava, em 16 de maio de 2023.

Exma. Sra.
Dra. CRISTIANA DE CASTRO MORAES
DD. Conselheira do E. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo/SP

Ref.: eTC – 4402.989.23-0
Processo Dependente: 8955.989.23-1
Órgão: Prefeitura Municipal de Igarapava
Interessado: José Ricardo Rodrigues Mattar
Assunto: Contas de Prefeitura - Exercício de 2023

JULIO CESAR MACHADO, advogado regularmente inscrito na OAB/SP sob o nº 330.136, com escritório profissional à Rua Caracas, nº 886, Jd. América, Sorocaba/SP, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, requerer sua **HABILITAÇÃO** no processo em epígrafe, visando sua leitura e análise, necessárias para apresentação de competente manifestação em nome da Prefeitura Municipal de Igarapava, juntando, para tanto, o competente **instrumento de procuração que segue em anexo**.

Sendo o que se havia a requerer por ora, aproveita-se o ensejo para renovar os protestos de estima e elevada consideração.

Atenciosamente,

JULIO CESAR MACHADO
OAB/SP 330.136
(assina digitalmente)

CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: JULIO CESAR MACHADO. Sistema e-TCESP. Para obter informações sobre assinatura e/ou ver o arquivo original acesse http://e-processo.tce.sp.gov.br - link 'Validar documento digital' e informe o código do documento: 4-K599-3JFT-62OC-5ATE