



CÓD: OP-054NV-23
7908403545117

VINHEDO-SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO - SÃO PAULO

Agente Comunitário de Saúde- Capela

CONCURSO PÚBLICO 02/2023

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de diversos tipos de textos (literários e não literários)	5
2. Sinônimos e antônimos.	5
3. Sentido próprio e figurado das palavras.	5
4. Pontuação.	6
5. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem.	9
6. concordância verbal e nominal.	16
7. Regência verbal e nominal.	18
8. Colocação pronominal.	19
9. Crase.	20
10. Processo de formação das palavras.	20
11. Coesão.	21
12. Ortografia.....	22

Matemática e Raciocínio Lógico

1. Operações com números reais.	31
2. Mínimo múltiplo comum e máximo divisor comum.....	37
3. Razão e proporção.	38
4. Porcentagem.	40
5. Regra de três simples e composta.	41
6. Média aritmética simples e ponderada.	43
7. Juro simples.	44
8. Sistema de equações do 1º grau.	45
9. Relação entre grandezas: tabelas e gráficos.	48
10. Sistemas de medidas usuais.	51
11. Noções de geometria: forma, perímetro, área, volume, ângulo.....	53
12. teorema de Pitágoras.	63
13. Resolução de situações-problema.	64
14. Estrutura lógica das relações arbitrárias entre pessoas, lugares, coisas, eventos fictícios; dedução de novas informações das relações fornecidas e avaliação das condições usadas para estabelecer a estrutura daquelas relações. Identificação de regularidades de uma sequência, numérica ou figural, de modo a indicar qual é o elemento de uma dada posição. Estruturas lógicas, lógicas de argumentação, diagramas lógicos, sequências.	66

Noções de Informática

1. MS-Windows 7: conceito de pastas, diretórios, arquivos e atalhos, área de trabalho, área de transferência, manipulação de arquivos e pastas, uso dos menus, programas e aplicativos, interação com o conjunto de aplicativos MS-Office 2016,	91
2. MS-Word 2016: estrutura básica dos documentos, edição e formatação de textos, cabeçalhos, parágrafos, fontes, colunas, marcadores simbólicos e numéricos, tabelas, impressão, controle de quebras e numeração de páginas, legendas, índices, inserção de objetos, campos predefinidos, caixas de texto. MS-Excel 2016: estrutura básica das planilhas, conceitos de células, linhas, colunas, pastas e gráficos, elaboração de tabelas e gráficos, uso de fórmulas, cargos e macros, impressão, inserção de objetos, campos predefinidos, controle de quebras e numeração de páginas, obtenção de dados externos, classificação de dados. MS-PowerPoint 2016: estrutura básica das apresentações, conceitos de slides, anotações, régua, guias, cabeçalhos e rodapés, noções de edição e formatação de apresentações, inserção de objetos, numeração de páginas, botões de ação, animação e transição entre slides.....	94
3. Correio Eletrônico: uso de correio eletrônico, preparo e envio de mensagens, anexação de arquivos. Internet: navegação internet, conceitos de URL, links, sites, busca e impressão de páginas.....	99

Conhecimentos Específicos

Agente Comunitário de Saúde - Capela

1. Conceito de Saúde	109
2. Conceito e estratégias de promoção de saúde.	110
3. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde	122
4. Ferramentas de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entrevista e visita domiciliar.....	130
5. Cadastro familiar e territorial: finalidade e instrumentos	133
6. Conceito de territorialização, de microárea e área de abrangência	137
7. Conceito de intersetorialidade.....	155
8. Medidas de saneamento básico.	164
9. Construção de diagnóstico de saúde da comunidade	167
10. O Agente Comunitário de Saúde e o acompanhamento da gestante e da criança.....	172
11. O papel do Agente Comunitário de Saúde nas ações de controle da dengue e da malária	235
12. Lei n.º 8.080/90 e alterações posteriores.	247
13. Lei n.º 8.142/90 e alterações posteriores.	256
14. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119 p.	257
15. Roteiro para capacitação de agentes do PACS/PSF nas ações de controle da dengue. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002	271
16. Portaria n° 2.488/2011 – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).....	272

- Mesóclise: verbo no futuro iniciando uma oração.
Orgulhar-me-ei de meus alunos.

DICA: o pronome não deve aparecer no início de frases ou orações, nem após ponto-e-vírgula.

Verbos

Os verbos podem ser flexionados em três tempos: pretérito (passado), presente e futuro, de maneira que o pretérito e o futuro possuem subdivisões.

Eles também se dividem em três flexões de modo: indicativo (certeza sobre o que é passado), subjuntivo (incerteza sobre o que é passado) e imperativo (expressar ordem, pedido, comando).

- Tempos simples do modo indicativo: presente, pretérito perfeito, pretérito imperfeito, pretérito mais-que-perfeito, futuro do presente, futuro do pretérito.
- Tempos simples do modo subjuntivo: presente, pretérito imperfeito, futuro.

Os tempos verbais compostos são formados por um verbo auxiliar e um verbo principal, de modo que o verbo auxiliar sofre flexão em tempo e pessoa, e o verbo principal permanece no particípio. Os verbos auxiliares mais utilizados são “ter” e “haver”.

- Tempos compostos do modo indicativo: pretérito perfeito, pretérito mais-que-perfeito, futuro do presente, futuro do pretérito.
- Tempos compostos do modo subjuntivo: pretérito perfeito, pretérito mais-que-perfeito, futuro.

As formas nominais do verbo são o infinitivo (*dar, fazerem, aprender*), o particípio (*dado, feito, aprendido*) e o gerúndio (*dando, fazendo, aprendendo*). Eles podem ter função de verbo ou função de nome, atuando como substantivo (infinitivo), adjetivo (particípio) ou advérbio (gerúndio).

Tipos de verbos

Os verbos se classificam de acordo com a sua flexão verbal. Desse modo, os verbos se dividem em:

Regulares: possuem regras fixas para a flexão (*cantar, amar, vender, abrir...*)

- Irregulares: possuem alterações nos radicais e nas terminações quando conjugados (*medir, fazer, poder, haver...*)
- Anômalos: possuem diferentes radicais quando conjugados (*ser, ir...*)
- Defectivos: não são conjugados em todas as pessoas verbais (*falir, banir, colorir, adequar...*)
- Impessoais: não apresentam sujeitos, sendo conjugados sempre na 3ª pessoa do singular (*chover, nevar, escurecer, anoitecer...*)
- Unipessoais: apesar de apresentarem sujeitos, são sempre conjugados na 3ª pessoa do singular ou do plural (*latir, miar, custar, acontecer...*)
- Abundantes: possuem duas formas no particípio, uma regular e outra irregular (*aceitar = aceito, aceitado*)
- Pronominais: verbos conjugados com pronomes oblíquos átonos, indicando ação reflexiva (*suicidar-se, queixar-se, sentar-se, pentear-se...*)
- Auxiliares: usados em tempos compostos ou em locuções verbais (*ser, estar, ter, haver, ir...*)
- Principais: transmitem totalidade da ação verbal por si próprios (*comer, dançar, nascer, morrer, sorrir...*)
- De ligação: indicam um estado, ligando uma característica ao sujeito (*ser, estar, parecer, ficar, continuar...*)

Vozes verbais

As vozes verbais indicam se o sujeito pratica ou recebe a ação, podendo ser três tipos diferentes:

- Voz ativa: sujeito é o agente da ação (*Vi o pássaro*)
- Voz passiva: sujeito sofre a ação (*O pássaro foi visto*)
- Voz reflexiva: sujeito pratica e sofre a ação (*Vi-me no reflexo do lago*)

Ao passar um discurso para a voz passiva, é comum utilizar a partícula apassivadora “se”, fazendo com o que o pronome seja equivalente ao verbo “ser”.

Conjugação de verbos

Os tempos verbais são primitivos quando não derivam de outros tempos da língua portuguesa. Já os tempos verbais derivados são aqueles que se originam a partir de verbos primitivos, de modo que suas conjugações seguem o mesmo padrão do verbo de origem.

- 1ª conjugação: verbos terminados em “-ar” (*aproveitar, imaginar, jogar...*)
- 2ª conjugação: verbos terminados em “-er” (*beber, correr, erguer...*)
- 3ª conjugação: verbos terminados em “-ir” (*dormir, agir, ouvir...*)

a)

Parte não periódica com o período da dízima menos a parte não periódica

$$0,58\overline{33} \dots = \frac{583 - 58}{900} = \frac{525}{900} = \frac{525 : 75}{900 : 75} = \frac{7}{12}$$

Parte não periódica com 2 algarismos
 Período com 1 algarismo
 2 algarismos zeros
 1 algarismo 9

Simplificando

Procedimento: para cada algarismo do período ainda se coloca um algarismo 9 no denominador. Mas, agora, para cada algarismo do antiperíodo se coloca um algarismo zero, também no denominador.

b)

Números que não se repetem e período
Números que não se repetem

$$6,37\overline{777} \dots = \frac{637 - 63}{90} = \frac{574}{90}$$

Período igual a 7
1 algarismo -> 1 nove
1 algarismo que não se repete depois da vírgula -> 1 zero

$$6\frac{34}{90} \rightarrow \text{temos uma fração mista, transformando } -a \rightarrow (6 \cdot 90 + 34) = 574, \text{ logo: } \frac{574}{90}$$

Procedimento: é o mesmo aplicado ao item "a", acrescido na frente da parte inteira (fração mista), ao qual transformamos e obtemos a fração geratriz.

Exemplo:

(**PREF. NITERÓI**) Simplificando a expressão abaixo

Obtém-se $\frac{1,3333\dots + \frac{3}{2}}{1,5 + \frac{4}{3}}$:

- (A) $\frac{1}{2}$
- (B) 1
- (C) $\frac{3}{2}$
- (D) 2
- (E) 3

Visita Domiciliar do Agente de Endemias¹

A Visita domiciliar do Agente de Combate às Endemias: Concedida a licença para a visita, o servidor iniciará a inspeção começando pela parte externa (pátio, quintal ou jardim).

Prosseguirá a inspeção do imóvel pela visita interna, devendo ser iniciada pela parte dos fundos, passando de um cômodo a outro até aquele situado mais à frente. Concluída a inspeção, será preenchida a ficha de visita com registro da data, hora de conclusão, a atividade realizada e a identificação do agente de saúde.

A Ficha de Visita será colocada no lado interno da porta do banheiro ou da cozinha.

Nas visitas ao interior das habitações, o servidor sempre pedirá a uma das pessoas do imóvel para acompanhá-lo, principalmente aos dormitórios. Nestes aposentos, nos banheiros e sanitários, sempre baterá à porta.

Em cada visita ou inspeção ao imóvel, o agente de saúde deve cumprir sua atividade em companhia de moradores do imóvel visitado, de tal forma que possa transmitir informações sobre o trabalho realizado e cuidados com a habitação.

Todos os depósitos que contenham água deverão ser cuidadosamente examinados, pois qualquer deles poderá servir como criadouro ou foco de mosquitos. Os reservatórios de água para o consumo deverão ser mantidos tampados.

Os depósitos vazios dos imóveis, que possam conter água, devem ser mantidos secos, tampados ou protegidos de chuvas e, se inservíveis, eliminados pelos agentes e moradores. O agente de saúde recomendará aos residentes manter o imóvel e os quintais em particular, limpos e impróprios à procriação de mosquitos.

Os programas de controle de dengue, a vigilância entomológica é feita a partir de coletas de larvas para medir a densidade de *A. aegypti* em áreas urbanas. Essa metodologia consiste em vistoriar os depósitos de água e outros recipientes localizados nas residências e demais imóveis, como borracharias, ferros-velhos, cemitérios, etc. (tipos de imóveis considerados estratégicos, por produzirem grande quantidade de mosquitos adultos), para cálculo dos índices de infestação predial (IIP).

A coleta de larvas é importante para verificar o impacto das estratégias básicas de controle da doença, dirigidas à eliminação das larvas do vetor. Outra metodologia adotada é a coleta de mosquitos adultos, cuja operacionalização para a estimativa do risco de transmissão é custosa e demorada. Em função disso, a coleta de adultos nos programas de dengue só é realizada em situações específicas, ou em estudos mais aprofundados.

No contexto operacional, essa informação tem valor limitado para uma avaliação de risco de transmissão. Primeiramente, porque a relação entre as coletas e os números absolutos de adultos é desconhecida: os mosquitos adultos repousam dentro e fora das casas, frequentemente em locais pouco acessíveis, e o número deles coletado representa apenas uma estimativa do total.

O segundo obstáculo ao uso desse índice para avaliação de risco é que a relação entre o número de adultos e a transmissão é desconhecida: a correlação entre o número de vetores coletados e o número de humanos na área de coleta, que poderia fornecer o número de vetores adultos por pessoa, não é suficiente para quantificar o risco.

Contudo, essa correlação se aproxima mais da realidade que os índices larvários. Ainda para avaliação da densidade do vetor, instalam-se armadilhas de oviposição e armadilhas para coleta de larvas, que visam estimar a atividade de postura.

A armadilha de oviposição, também conhecida no Brasil como ovitampa, é destinada à coleta de ovos. Em um recipiente de cor escura, adere-se um material áspero que permite a fixação dos ovos depositados.

As ovitampas fornecem dados úteis sobre distribuição espacial e temporal (sazonal). As armadilhas para coleta de larvas são depósitos geralmente feitos de seções de pneus usados. Nas larvitampas, as flutuações de água da chuva induzem a eclosão dos ovos e são as larvas que se contam, ao invés dos ovos depositados nas paredes da armadilha.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda seu uso para detecção precoce de novas infestações e para a vigilância de populações de *Aedes* com baixa densidade.

No Brasil, o PNCD (Programa Nacional de Controle da Dengue) recomenda que as larvitampas sejam usadas em locais considerados como porta de entrada do vetor adulto, tais como portos fluviais ou marítimos, aeroportos, terminais rodoviários e ferroviários e terminais de carga, para verificação da entrada do vetor em áreas ainda não infestadas; e para monitoramento desses pontos em áreas infestadas.

Atualmente, essas armadilhas servem para verificar a presença e a abundância de *Aedes* em áreas com baixa densidade do vetor e em áreas sob vigilância.

Pontos Estratégicos: Fiscalização para a Promoção e Preservação da Saúde da Comunidade

Saneamento ambiental

Saneamento ambiental é o conjunto de investimentos públicos em políticas de controle ambiental que busca resolver os graves problemas gerados na infraestrutura das cidades, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da população.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saneamento é o controle de todos os fatores ambientais que podem exercer efeitos nocivos sobre o bem-estar, físico, mental e social dos indivíduos”, tais como, poluição do ar (emissão de gases), do solo (lixo urbano) e das águas (dejetos lançados nos rios, represas etc.), poluição sonora e visual, ocupação desordenada do solo (margens de rios, morros etc.), o esgoto a céu aberto, enchentes etc.

Uma geração de empreendedores dedicados ao que se tornou conhecido no mercado como negócio de impacto, ganhou força e despertou a ideia de que os grandes problemas ambientais e sociais não serão solucionados só por governos ou ONGs, mas por “negócios de impacto” – empresas que aliam impacto social ou ambiental a um retorno financeiro, atuando nos setores de saúde, educação, nutrição, habitação, saneamento, agricultura, energia etc.

Saneamento básico

Saneamento básico compreende um conjunto de medidas que têm importância fundamental na conservação do meio ambiente e na qualidade de vida dos habitantes das cidades, são elas, o abastecimento de água, a rede de esgotos, a limpeza pública e a coleta de lixo, serviços que revelam as condições ambientais dos centros urbanos.

¹ <http://www.portaleducacao.com.br/>

Informações importantes sobre a saúde bucal:

O QUE OBSERVAR	COMO ORIENTAR	O QUE FAZER
As crianças que mamam no peito têm melhor desenvolvimento da fala, da respiração e da formação da dentição.	Porque o movimento de sucção que a criança faz para mamar fortalece os músculos da face (rosto).	Estimular o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.
O uso de mamadeiras.	Deve-se desestimular o uso de mamadeira por quê? - Com o uso prolongado da mamadeira, a criança acostuma com uma alimentação mole e adocicada, recusando futuramente comer frutas e verduras, importantes para a saúde bucal. - O bebê exercita pouco os músculos da face, prejudicando o desenvolvimento dos músculos faciais. - Se a mamadeira for mal lavada, há risco de contaminação do leite.	Orientar a mãe, o pai ou quem cuida da criança para utilizar um copinho em vez de mamadeira.
Mães que usam a mamadeira como recurso para acalmar e adormecer a criança.	Esse hábito aumenta o risco de desenvolver cárie pelo acúmulo de leite na boca. Orientar, desde as primeiras visitas, a mãe, o pai ou quem cuida da criança para não utilizar mamadeira.	Não se deve aumentar o orifício do bico da mamadeira, isso aumenta o fluxo de leite fazendo com que a criança se satisfaça nutricionalmente em menor tempo e com menor esforço, fato que prejudica o impulso de sucção fundamental para o desenvolvimento da face e cavidade bucal.

O QUE OBSERVAR	COMO ORIENTAR	O QUE FAZER
Criança que vai dormir à noite sem a higienização da boca.	Quando a criança dorme, tem uma diminuição da saliva, reduzindo a proteção natural que ela exerce sobre os dentes, aumentando o risco de formação de cárie, também conhecida como cárie da mamadeira.	Orientar para limpar a boca, a gengiva e a língua com um tecido macio (gaze ou fralda) umedecido em água filtrada ou fervida, fazendo movimentos suaves. A limpeza da boca é fundamental à noite, mas também deve ser feita após cada mamada.
Uso contínuo da chupeta.	Vai afetar o posicionamento dos dentes e da língua, o que traz dificuldades para a criança engolir a saliva, os alimentos e a respirar pelo nariz corretamente.	Orientar para não dar a chupeta para a criança.

ATENÇÃO: o ACS deve identificar e conhecer o serviço de saúde bucal disponível na sua área de abrangência, para orientar às famílias sobre como ter acesso a esse serviço.

tal deve estar disponível à população como os outros serviços de saúde, não havendo necessidade de afastamento ou isolamento da sociedade.

No Brasil, temos vivido o mesmo processo de mudança. Num movimento contínuo, temos enfrentado o desafio de superar o modelo de tratamento da doença mental centrado nos grandes hospitais psiquiátricos e caminhado em direção aos tratamentos de base comunitária.

Nossa rede de serviços psicossociais – CAPS (I, II, III, AD, I e J) cresceu muito e agora é o momento de solidificar o cuidado na Estratégia Saúde da Família.

Não há saúde sem saúde mental!!!

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde mental como “um estado de bem-estar no qual os indivíduos podem desenvolver o seu potencial de forma plena, podem trabalhar e viver produtivamente e são capazes de contribuir para a comunidade onde vivem.”

É necessário compreender que saúde mental é fundamental para o bem-estar pessoal, para os relacionamentos familiares, para o crescimento da comunidade e da sociedade como um todo. Ao contrário disso, a doença mental interage com a pobreza e a falta de recursos de uma forma negativa: os transtornos dificultam ainda mais o aprendizado dos sujeitos e seu envolvimento em atividades produtivas sociais e econômicas. Para evitar essa associação de sofrimento psíquico com falta de acesso aos serviços, a Estratégia Saúde da Família, em especial a ação dos agentes comunitários de saúde, tem um papel fundamental.

Na comunidade, encontramos muitas pessoas com sofrimento mental grave que não conseguem chegar até o posto ou até o CAPS. Muitas famílias ainda continuam buscando somente o tratamento hospitalar porque desconhecem e/ou não conseguem ainda acessar a rede de serviços especializados e entender os diferentes papéis dos serviços que compõem a rede.

E continuamos encontrando muitas pessoas que passam os seus dias trancadas em casa ou fora dela enquanto os familiares vão e voltam do trabalho. Ainda há aquelas que não acessam o tratamento medicamentoso e repetem episódios de muito medo, agressividade e violência. Também aparecem as crises epiléticas sem tratamento, os usuários de droga que querem e não encontram facilmente acesso aos serviços.

Os números descritos anteriormente revelam a importância de a saúde mental ser uma das prioridades na organização de qualquer serviço de saúde. A proximidade da equipe de Saúde da Família com a comunidade facilita a identificação de pessoas com sintomas de sofrimento mental (ver quadro da próxima página). Nesses casos, é importante que a equipe de saúde seja informada para que o tratamento comece o mais cedo possível, evitando-se assim mais sofrimento por parte dessas pessoas e de suas famílias.

ANSIEDADE

No Brasil, o transtorno de ansiedade encontra-se no 1º lugar em prevalência entre os transtornos psiquiátricos. A ansiedade é uma experiência vivenciada por todos os seres humanos, constituindo-se em uma resposta quanto a situações de perigo ou ameaças reais, como ao estresse e desafios do dia a dia – adoecer, hospitalizar-se, ter de se submeter a uma cirurgia ou ir ao dentista.

É uma emoção semelhante ao medo: ela representa um sinal de alarme para situações de ameaça à integridade física ou moral de uma pessoa. É comum também que ela ocorra em situações que representem frustração de planos e de projetos pessoais, perda

de posição social, de entes queridos, em situações de desamparo, abandono ou punição. Essas circunstâncias constituem sinal de alerta que auxilia a pessoa a tomar medidas necessárias para lidar com o “perigo”.

Muitas pessoas que sofrem de transtorno de ansiedade sentem mal-estar acentuado quando saem de casa, andam de ônibus, vão a lugares mais cheios. Esses sintomas muitas vezes provocam um “auto isolamento” da pessoa, que progressivamente vai diminuindo a autonomia e intensificando os medos. Essas pessoas, com frequência, evitam até mesmo ir ao posto de saúde.

Sintomas observados nos transtornos de ansiedade:

- Crises de dor no peito, coração batendo forte e acelerado;
- Falta de ar;
- Dor e desconforto abdominal;
- Dor de cabeça, tonturas;
- Tensão muscular – musculatura “endurecida”;
- Tremores;
- Suor em excesso;
- Boca seca;
- Dificuldade para dormir;
- Calorões ou calafrios.

Sintomas de ansiedade podem acontecer ainda como resultado do uso de drogas, em situações de abstinência de substâncias e também em transtornos mentais – depressão, psicoses e transtornos do humor.

A ansiedade também pode ser causa de abuso e dependência de substâncias como álcool, medicamentos chamados de Benzodiazepínicos (Diazepam, Clonazepam, também conhecidos como Rivotril, Lexotan, Lorax) e outras.

Com muita frequência encontramos pessoas, principalmente mulheres, que usam os Benzodiazepínicos de forma crônica e acabam por desenvolver dependência e sintomas que não se relacionam ao uso, como perda de memória e desatenção e sintomas depressivos. Indivíduos que apresentem essas características devem ser orientados a procurar atendimento e buscar o correto diagnóstico e tratamento.

DEPRESSÃO

Assim como na ansiedade, é necessário diferenciar a depressão “normal” ou tristeza (sentimento experimentado por todos na vida) da depressão como doença, que necessita de tratamento específico. A definição da depressão (doença) leva em consideração a presença de alguns sintomas e sua duração. Como se trata de condição complexa, ao apresentar sinais ou sintomas que indiquem depressão, a pessoa necessitará de avaliação feita por profissional.

Sintomas principais:

- Humor deprimido;
- Perda de interesse pela vida;
- Fadiga.

Sintomas acessórios:

- Concentração e atenção reduzidas;
- Autoestima e autoconfiança reduzidas;
- Ideias de culpa e inutilidade;
- Pessimismo em relação ao futuro;
- Ideias de suicídio;
- Sono perturbado;
- Apetite diminuído.

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

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

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

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

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

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

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

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

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

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

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

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

**CAPÍTULO V
DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
(INCLUÍDO PELA LEI Nº 9.836, DE 1999)**

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

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

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

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

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

§ 1º A União instituirá mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sempre que houver necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 2º Em situações emergenciais e de calamidade pública: (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

I - a União deverá assegurar aporte adicional de recursos não previstos nos planos de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

II - deverá ser garantida a inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, explicitados os fluxos e as referências para o atendimento em tempo oportuno. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

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

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

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

§ 1º-A. A rede do SUS deverá obrigatoriamente fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde. § 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

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

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

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

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

Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica

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

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

II - as Unidades Básicas de Saúde:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II - para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Educação permanente das equipes de Atenção Básica

A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requer um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

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

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XV - participar das atividades de educação permanente;

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

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

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

XIX - realizar ações e atividades de educação sobre o manejo ambiental, incluindo ações de combate a vetores, especialmente em casos de surtos e epidemias; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.121 de 18.12.2015)

XX - orientar a população de maneira geral e a comunidade em específico sobre sintomas, riscos e agente transmissor de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.121 de 18.12.2015)

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

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

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

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

Das atribuições específicas

Do enfermeiro:

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

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

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

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

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

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

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

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

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

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

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

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

Do Médico:

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

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

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

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

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

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

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

Do Agente Comunitário de Saúde:

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

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

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

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

dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

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

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

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

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

- I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;
- II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;
- III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e
- IV - relatório de gestão.

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

O financiamento federal desta política é composto por:

- A) Recursos per capita;
- B) Recursos para projetos específicos, tais como os recursos da compensação das especificidades regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde, Recurso de Investimento/ Estruturação e Recursos de Estruturação na Implantação;
- C) Recursos de investimento;
- D) Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde;
- E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

- A) Recurso per capita

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

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

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

B) Recursos para Projetos específicos, que inclui os recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), o Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde e Recurso de Estruturação.

Parte dos recursos do Bloco AB poderá ser repassado para implantação e execução de ações e programas específicos definidos de maneira tripartite, entre eles:

Compensação de Especificidades Regionais: trata-se de recursos transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes do Bloco AB. Os critérios de distribuição dos recursos e valores para cada Estado e para o Distrito Federal pactuados são definidos em Portaria Ministerial específica para este fim. A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais é definida por cada CIB levando em conta os objetivos deste componente e pactuando projeto com finalidade, critérios, distribuição e utilização dos recursos, monitoramento e avaliação dos resultados. O projeto, os critérios bem como a lista de municípios contemplados com seus respectivos valores deverão ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Colegiado Gestor do Distrito Federal.

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

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

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

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