

## **Caixa de Ferramentas para a Gestão de Recursos Humanos em Saúde**

### **1º Tema:**

#### **Como Aplicar a Emenda Constitucional 51?**

#### **Regularizando os vínculos dos ACS e ACE.**

Com este primeiro tópico da Caixa de Ferramentas para a Gestão de Recursos Humanos em Saúde, o Observatório de Recursos Humanos do CPqAM/FIOCRUZ inicia a sistematização e oferta de um conjunto de análises e orientações que auxiliem os interessados na superação dos problemas da gestão recursos humanos em saúde. A escolha deste primeiro tema se deu fundamentalmente pelo interesse geral despertado pela nova situação constitucional junto aos prefeitos, secretários municipais e trabalhadores do SUS.

Como lidar com as conseqüências advindas da promulgação da Emenda Constitucional número 51? Que acrescenta os parágrafos 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal, regularizando os vínculos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes Comunitários de Endemias (ACE).

Neste texto o leitor poderá abordar questões referentes à:

O processo seletivo público, o regime jurídico, a regulação das atividades e a seleção dos agentes, a mudança da residência e a extinção do vínculo, o vínculo dos agentes e a complementação do serviço, a dispensa do processo seletivo público, a certificação do processo de seleção pública, a alteração da lei orgânica e da lei do regime jurídico, a lei que cria os empregos públicos de ACS e ACE, a alteração do regime de trabalho e a criação dos empregos e, também, a adaptação dos modelos para o regime estatutário.

Nosso desejo é que esta contribuição auxilie os interessados no tema e que as dúvidas que por ventura surjam possam ser esclarecidas através do contato com o nosso Observatório. Boa leitura.

**COMO APLICAR  
A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 51  
REGULARIZANDO OS VÍNCULOS DOS ACS E ACE.**

JORGE PAIVA  
Pesquisador Convidado

## SUMÁRIO

1. Apresentação .....	4
2. Introdução .....	5
3. Considerações iniciais .....	5
3.1. O processo seletivo público .....	5
3.2. O regime jurídico .....	6
3.3. A regulação das atividades e a seleção dos agentes .....	6
3.4. A mudança da residência e a extinção do vínculo .....	8
3.5. O vínculo dos agentes e a complementação do serviço .....	8
4. A dispensa do processo seletivo público .....	10
5. A certificação do processo de seleção pública .....	12
6. A alteração da lei orgânica e da lei do regime jurídico .....	14
7. A lei que cria os empregos públicos de ACS e ACE .....	16
8. A alteração do regime e a criação dos empregos .....	18
9. A adaptação dos modelos para o regime estatutário .....	21
10. Anexos .....	29
10.1. EC nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006 (DOU de 15/02/2006) .....	30
10.2. MP nº. 297, de 9 de junho de 2006 (DOU de 12/06/2006) .....	31
10.3. Portaria nº. 648/MS-GM, de 28 março de 2006 (DOU de 29/03/2006) .....	34

## **1. APRESENTAÇÃO**

A presente publicação não visa atender a demandas de ordem teórica, embora se arrime em interpretação da Emenda Constitucional (EC) nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006 (DOU de 15/02/2006). Seus destinatários preferenciais são os gestores do SUS e o entendimento que ela veicula é o mesmo que arrima a Medida Provisória nº. 297, de 9 de junho de 2006 (DOU de 12/06/2006).

Para justificá-la o que de melhor existe é a própria busca por orientação que, como enxurrada, coloca gestores e trabalhadores perante agentes do Ministério da Saúde ou diante de dirigentes de suas respectivas entidades para saber, por exemplo, sobre os processos de seleção pública que poderão ser aproveitados ou sobre as providências que precisam ser tomadas para viabilizar esse aproveitamento.

Em decorrência disso, oferecer respostas para esses interlocutores é o seu objetivo precípua. Por isso, ela não debate opiniões. O que ela almeja é apresentar modelos de atos normativos que subsidiem os gestores na aplicação do disposto pelo parágrafo único do art. 2º da EC nº. 51/2006, partindo de uma interpretação que, inclusive, vai ao encontro do propósito declarado pelo legislador.

Contudo, os modelos que ela oferece não devem ser adotados exatamente como propostos. Isso, porque modelos são limitados, uma vez que concebidos para atender a uma dada realidade, no caso, idealizada.

Como dito antes, o seu intento é auxiliar o gestor, indicando as normas jurídicas que necessitarão ser alteradas e o tipo de alteração que elas precisam sofrer, além de também buscar ajudá-lo na elaboração da lei que, necessariamente, deverá criar os cargos ou empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias.

Esta é a sua destinação. Se alcançada, por certo, terá contribuído sobremaneira com a regularização dos vínculos de trabalho de um significativo número de agentes.

## **2. INTRODUÇÃO**

A Emenda Constitucional (EC) nº. 51, promulgada em 14 de fevereiro de 2006 (DOU de 15/02/2006), por seu artigo primeiro, acresce ao art. 198 da Constituição Federal (CF) os §§ 4º, 5º e 6º, os quais dispõem, respectivamente, sobre o seguinte:

a) concessão aos gestores locais<sup>1</sup> do Sistema Único de Saúde (SUS) da faculdade de admitir Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE) por meio de processo seletivo público;

b) determinação para lei federal dispor sobre o regime jurídico e as atividades de ACS e ACE; e,

c) instituição da hipótese de perda do cargo para o servidor estável que exerça funções equivalentes as de ACS ou ACE, em caso de descumprimento de requisitos específicos para o exercício das atividades.

Ademais, pelo caput de seu artigo segundo, a Emenda também dispõe que, após sua promulgação, os ACS e ACE somente poderão ser contratados diretamente pelos gestores locais do SUS, por intermédio de concurso público ou processo seletivo público. Além de explicitar a necessidade de observância ao limite de gasto com pessoal, fixado para cada ente federado pela Lei Complementar nº. 101, de 4 de maio de 2000 (DOU de 05/05/2000).

Por último, o parágrafo único de seu artigo segundo permite a contratação direta, sem submissão ao processo seletivo público (§ 4º do art. 198 da CF), de quem estava no desempenho de atividades próprias de ACS e ACE, sob qualquer título, em 14 de fevereiro de 2006. Desde que a inserção no serviço tenha decorrido de prévia aprovação em processo de seleção pública realizado por órgão ou ente da administração direta ou indireta do estado, Distrito Federal ou município ou por qualquer outra instituição, se autorizado e supervisionado pela administração direta de tais entes federados.

## **3. CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

Antes de se discorrer sobre o intentado, em seu próprio proveito se faz necessário que sejam expostas algumas considerações a respeito das previsões contidas nos §§ 4º, 5º e 6º do art. 198 da Constituição Federal e no art. 2º da EC nº. 51/2006. Isso, para se evitar qualquer mistificação acerca da verdadeira intenção do legislador ao incluí-los no referido dispositivo constitucional.

### **3.1. O PROCESSO SELETIVO PÚBLICO**

Nesse sentido, as primeiras reflexões versam sobre o processo seletivo público enquanto uma alternativa ao concurso público.

Ao instituir tal mecanismo de seleção pública, o legislador não quis permitir a contratação de ACS ou ACE por via de procedimento que não guardasse obediência aos princípios inscritos no caput do art. 37 da CF, quais sejam: legalidade, impessoalidade,

---

<sup>1</sup> São os estados, Distrito Federal e municípios.

moralidade, publicidade e eficiência. Mas, tão-somente, restringir a participação no certame a concorrentes que preenchessem requisitos específicos postos em lei.

A razão para isso, é de fácil compreensão. Como é sabido, da instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ocorrida em 1991, até a publicação da L. n.º. 10.507, em 11 de julho de 2002, residir na área da comunidade em que irá atuar há pelo menos dois anos foi o principal requisito específico para o desempenho da atividade de ACS (subitem 8.4 do Anexo I da Portaria n.º. 1.886/MS-GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no DOU de 22/12/1997)<sup>2</sup>.

Por dita exigência, o que se buscava era a garantia de que, por ser parte integrante da comunidade, preferencialmente um porta-voz dos seus interesses, o ACS funcionasse como um importante elo entre a Equipe Saúde da Família (ESF) e os destinatários dos serviços de saúde prestados por ela. O que, na prática, se concretizou, como indica os resultados alcançados, a partir de sua inserção no serviço.

Ocorre que, com a regulação da atividade de ACS, promovida pela L. n.º. 10.507, de 10 de julho de 2002, a residência na área de atuação passou a ser um requisito específico a ser exigido apenas para o início e a continuidade do exercício da profissão (inciso I do art. 3º). Em decorrência disso, vivenciar os problemas de saúde da comunidade, como um seu integrante e, se possível, também como um seu representante, deixou de ser prioridade, por imposição da Lei. O que pôs sob risco o liame justificador de sua própria existência.

Por isso, é que o § 4º do art. 198 da Constituição Federal, ao instituir o processo seletivo público, o fez de modo a que este guarde observância aos requisitos específicos previstos em lei para a atuação como ACS ou ACE. O que cede sustento constitucional para a prescrição de residência na área de atuação desde a data da publicação do edital, contida no inciso I do art. 6º da Medida Provisória (MP) n.º. 297, de 9 de junho de 2006 (DOU de 12/06/2006). Cujas intenção outra não é senão a de garantir a manutenção dessa indispensável ligação do ACS com os moradores de sua área de atuação.

### **3.2. O REGIME JURÍDICO**

No que tange ao regime jurídico, ora apenas se destaca o modo inteligente como a MP n.º. 297/2006 se determinou em face da faculdade que lhe foi concedida pelo § 5º do art. 198 da Constituição Federal.

Note-se que ela poderia muito bem ter optado pelo regime estatutário ou pelo celetista<sup>3</sup>. No entanto, para evitar eventuais questionamentos sobre a constitucionalidade de sua opção, sob o argumento de intervenção na autonomia de entes federados, ela apenas indica o regime celetista como o mais adequado (art. 8º), em razão da natureza e complexidade das atribuições dos agentes (ACS e ACE) e dos requisitos específicos para sua atuação. Em conseqüência, o gestor local do SUS continua no pleno e integral gozo da competência para optar por um ou outro dos regimes jurídicos retro mencionados.

### **3.3. A REGULAÇÃO DAS ATIVIDADES E A SELEÇÃO DOS AGENTES**

---

<sup>2</sup> Revogada pela Portaria n.º. 648/MS-GM, de 28 de março de 2006 (DOU de 29/03/2006), em anexo.

<sup>3</sup> Decreto-Lei n.º. 5.452, de 1º de maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho-CLT).

A respeito da regulação das atividades, exigida pelo § 5º do art. 198 da CF, a de ACS, necessariamente, não precisava ser regulada. Como dito antes, desde 11 de julho de 2002, o seu exercício estava condicionado a observância das prescrições estabelecidas pela L. nº. 10.507, de 10/07/2002.

Contudo, ainda que operada sua recepção<sup>4</sup> pela emenda feita à Constituição Federal, salvo no que concerne à parte final do caput do seu art. 4º – a que compreende a expressão “ou indireto” –, já que incompatível com a expressa determinação de que o vínculo do ACS deve ser firmado diretamente com o gestor local, contida no *caput* do art. 2º da EC nº. 51/2006; a Medida Provisória nº. 297/2006 (por seu art. 21) promoveu a completa revogação da Lei nº. 10.507/2002. Não só pelo motivo exposto ao se tratar aqui do processo seletivo público, mas, também, para que se passasse a adotar uma terminologia mais adequada à própria formação profissional do Agente Comunitário de Saúde<sup>5</sup> e para que se reunisse em um único texto à regulação das duas atividades, no intuito de se facilitar o integral acesso aos ditames legais para o exercício de ambas.

Por sua vez, ao regular a atividade de ACE, a MP nº. 297/2006 apenas apresenta como requisitos específicos para o seu exercício à conclusão, com aproveitamento, do curso introdutório de formação inicial e continuada e o ensino fundamental completo (*caput* e incisos I e II do seu art. 7º). Dispensando desse último, todos os que já estavam no desempenho dela, na data da promulgação da EC nº. 51/2006 (parágrafo único do seu art. 7º), como o § 1º do seu art. 6º também o fez para o ACS.

Diferentemente do que pleiteiam alguns, ter sua residência previamente fixada na área destinada para sua atuação quando da publicação do edital não é, nem nunca foi, um requisito específico para o exercício da atividade de ACE, o que justifica a não inclusão dessa exigência no rol proposto pela MP nº. 297/2006 (art. 7º).

Pelo que se infere da prescrição do § 4º do art. 198 da CF, a adoção do processo seletivo público para o ingresso do ACE no serviço não está vinculada à existência desse requisito como uma condição *sine qua non* para o desempenho de sua atividade. O que o dispositivo comanda é que o certame observe a natureza e a complexidade da profissão e os requisitos específicos para o seu exercício.

Assim, se para o ACS estar residindo na área prefixada para sua atuação desde a publicação do edital é uma condição essencial para o desempenho da profissão e, por isso, justificadora da utilização do processo seletivo público, a mesma não pode simplesmente ser atribuída ao ACE somente para viabilizar o seu ingresso no serviço por via de igual procedimento seletivo.

Todavia, o gestor também pode se utilizar desse modo *sui generis* de seleção pública para promover a contratação do ACE, uma vez que se presume seja ele um mecanismo, além de seguro, de fácil operação. Por conseguinte, adequado à natureza e a complexidade de tal profissão e aos requisitos específicos exigidos para o seu exercício. Contudo, nesse caso, o mesmo deve guardar integral respeito, como se concurso público

---

<sup>4</sup> Recebimento ou renovação de validade por está consoante com o novo texto constitucional.

<sup>5</sup> O Dec. nº. 5.154, de 23 de julho de 2004 (DOU de 26/07/2004), que regulamenta a educação profissional, pelo inciso I do seu art. 1º, utiliza a expressão “formação inicial e continuada de trabalhadores” ao invés da expressão “curso de qualificação básica”.

fosse, aos princípios listados no *caput* do art. 37 da CF, em especial, no que respeita a acessibilidade de todos aos cargos e empregos públicos.

### **3.4. A MUDANÇA DA RESIDÊNCIA E A EXTINÇÃO DO VÍNCULO**

Como mencionado na introdução, o § 6º que a EC nº. 51/2006 incorpora ao art. 198 da Constituição Federal acresce ao elenco de hipóteses de perda do cargo de servidor estável (§§ 1º, do art. 41, e 4º, do art. 169, da CF), o descumprimento de requisitos específicos, previstos em lei, quando ele está no exercício de funções equivalentes às de ACS e ACE.

Tal inclusão, diga-se providencial, decorre do fato de ser taxativo e de ordem constitucional o rol das causas que autorizam a perda do cargo de servidor estável. Assim, para estes servidores, a instituição de qualquer outra hipótese, com igual fim, se realizada por lei ordinária, necessariamente, seria inconstitucional.

Na falta dessa dita prescrição, a norma infraconstitucional apenas poderia prever a hipótese de perda do cargo por não se residir na área destinada à atuação, por exemplo, para o servidor com menos de três anos de efetivo exercício de função equivalente à de ACS.

Em assim sendo, a falta desse comando acarretaria uma situação por demais esdrúxula, qual seja, a perda do emprego público de ACS, independente do tempo de serviço, em face da fixação de residência fora da área de desempenho da atividade, e a privação do cargo, por igual motivo, somente para o servidor não amparado pela estabilidade de que trata o *caput* do art. 41 da Constituição Federal.

Diante dessa situação, a inclusão do parágrafo em comento, além de justa, já que permite a aplicação da hipótese contida no parágrafo único do art. 10 da MP nº. 297/2006 para qualquer um que esteja no desempenho de função equivalente à de ACS, seja como empregado público ou como ocupante de cargo efetivo (com ou sem estabilidade); ainda é bastante salutar, uma vez que também impossibilita a desvinculação da residência da área de atuação, para o servidor estável.

### **3.5. O VÍNCULO DOS AGENTES E A COMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO**

Quanto ao vínculo do ACS e do ACE, embora o *caput* do art. 2º da EC nº. 51/2006 diga que ele somente poderá ser firmado diretamente com o gestor local, esta prescrição deve ser interpretada de modo sistemático, e não literal. Visto que a pretensão do legislador foi apenas a de coibir definitivamente qualquer forma de locação de mão-de-obra, isto é, a interposição de uma terceira pessoa entre o tomador do serviço (o gestor local) e o seu prestador (o ACS ou ACE).

Nesse sentido, cita-se trecho de decisão proferida pelo Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, considerado exemplar, por bem expressar o intento do legislador:



• Decisão T.C. nº. 1.134/2004, em 11 de agosto de 2004 (Proc. TCE/PE nº. 0301499-0)<sup>6</sup>:

**“... a terceirização somente se mostra admissível na Administração Pública quando se tratar de "atividade-meio", por sua própria natureza (tais como: vigilância, limpeza, conservação, transporte, informática, copeiragem, recepção, reprografia, telecomunicação, instalação e manutenção de prédios públicos), e não constar àquela atividade, ou função equivalente, no plano de cargos da entidade, sendo necessária a ocorrência das duas situações [...] As empresas de locação de mão-de-obra, cooperativas de trabalho, ou mesmo entidades sem fins lucrativos, não podem invadir áreas de atividades onde a terceirização seria inadmitida, seja porque respeitam aos serviços sociais do Estado responsáveis pelos serviços públicos essenciais, seja porque não se poderia furtar à exigência do concurso público, em face da existência de cargos permanentes na estrutura administrativa com as mesmas atribuições das atividades terceirizadas, ainda que meramente acessórias (e.g.: gari, segurança, merendeira e motorista), pois o legislador, ao criá-los, considerou que para o exercício de suas funções far-se-iam necessários servidores públicos regidos por regime jurídico específico”.**

Dessa forma, ao menos em tese, nada obsta a existência no SUS de ACS com vínculo firmado com prestadores privados de serviços de saúde, uma vez que a própria Constituição Federal, pelo § 1º do seu art. 199, prevê a participação complementar da iniciativa privada no sistema público de saúde.

Entretanto, essa participação há de ser, necessariamente, para complemento da rede pública de saúde e não uma alternativa para sua privatização. Razão pela qual, o art. 24 da L. nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (DOU de 20/09/1990) a autoriza apenas quando as disponibilidades do serviço público de saúde não forem suficientes para garantir cobertura assistencial à população.

Por tudo isso, e por competir ao SUS o estabelecimento de diretrizes para tal complementação (§ 1º do art. 199 da CF), é que a Port. nº. 358/MS-GM, de 22 de fevereiro de 2006 (DOU de 23/02/2006) diz que a iniciativa privada poderá complementar os serviços públicos de saúde quando o gestor, após usar toda sua capacidade instalada, comprovar e justificar tal necessidade (*caput* do seu art. 2º). Priorizando, como não poderia deixar de ser, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (*caput* do seu art. 5º).

A propósito disso, em um outro fragmento da decisão prolatada pela corte de contas acima individuada ainda se pode verificar a existência de assertiva que vai ao encontro da previsão da instrução ministerial retro mencionada:

**“A participação de instituições privadas na prestação dos serviços sociais do Estado, sejam Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público ou não, dar-se-á exclusivamente em caráter complementar, em suas próprias instalações e com seus próprios recursos humanos e materiais, mediante contrato, convênio ou termo de parceria, quando a estrutura do Poder Público se mostrar insuficiente na prestação destes serviços”.**

Em sendo assim, desde que a rede municipal não disponha de unidade básica de saúde na área de atuação de uma Equipe Saúde da Família a ser implantada, e nela exista um estabelecimento privado de saúde que possa fazer às vezes de uma, seja filantrópico ou sem fins lucrativos ou não; este pode complementar o sistema público de

---

<sup>6</sup> Publicada no DOE/PE de 01/09/2004.

saúde, já que existente arrimo legal para tal, e, por consequência, ser o empregador do ACS e dos demais integrantes da ESF<sup>7</sup>.

#### 4. A DISPENSA DO PROCESSO SELETIVO PÚBLICO

Como dito antes, o parágrafo único do art. 2º da EC nº. 51/2006 permite que os ACS e ACE que já estavam no exercício das atividades em 14 de fevereiro de 2006 sejam contratados diretamente pelo gestor local, sem a necessidade de se submeterem à seleção pública instituída pelo § 4º do art. 198 da CF. Desde que tenham sido inseridos no serviço, a qualquer título, em razão de prévia aprovação em processo de seleção pública promovido por órgão ou ente da administração direta ou indireta do Estado, Distrito Federal ou Município ou por qualquer outra instituição, se a administração direta autorizou e fiscalizou sua realização.

Em face disso, o que de logo se faz necessário seja entendido é o significado da expressão “a qualquer título”. Ao usá-la, o que, de fato, intentou o legislador? Esta é a pergunta cuja resposta, para ir ao encontro de sua intenção, não pode desconsiderar, de maneira nenhuma, a diversidade dos modos de inserção desses agentes no serviço.

Segundo monitoramento feito pelo Ministério da Saúde<sup>8</sup>, por intermédio do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), executado no período de junho de 2001 a agosto de 2002, apenas 4,4% (quatro vírgula quatro por cento) dos ACS estão investidos em cargo efetivo, os demais mantêm os seguintes tipos de vínculos:

- emprego (23,3%);
- contrato por prazo determinado (30,2%)<sup>9</sup>;
- cargo em comissão (3,7%);
- bolsista (5,5%);
- prestador de serviço (11,6%);
- membro de cooperativa (3,4%);
- informal (10,7%);
- verbal (1,9%); e,
- outro (5,2%).

Significando isso que somente [...] ACS, de um total de [...] registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)<sup>10</sup>, ingressaram no serviço por concurso público. Isto, levando-se em conta que, até hoje, o resultado apurado pelo monitoramento não sofreu mudança de necessária consideração, o que é bastante provável. Assim como, que os empregados (23,3%) somente mantêm vínculos com instituições privadas (ONG, OS, OSCIP etc.), uma vez que o monitoramento não permite melhor qualificar esta informação.

---

<sup>7</sup> A expressão “vínculo indireto” prevista no *caput* do art. 4º da L. nº. 10.507/2002, de difícil compreensão por não ter precisão jurídica, para não ferir a Constituição Federal, somente assim pode ser entendida.

<sup>8</sup> Publicado sob o título de Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família – 2001 – 2002; em 2004 (Série C. Projetos, Programas e relatórios).

<sup>9</sup> Pelo monitoramento está categoria é denominada impropriamente de contrato temporário.

<sup>10</sup> [...].

Ao buscar fazer valer o entendimento de que, após a promulgação da Constituição Federal (em 05/10/1988), o ingresso no serviço público apenas poderia operar-se por concurso público, a exceção da investidura em cargo em comissão e do contrato por prazo determinado, para atender a necessidade de excepcional interesse público (incisos II, V e IX do seu art. 37); o Ministério Público do Trabalho (MPT) pois sob risco de extinção, por nulidade (§ 2º do seu art. 37), a quase totalidade dos vínculos de trabalho dos ACS. O que acontece com um substancial apoio da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) e dos Tribunais do Trabalho, a exemplo das abaixo transcritas:

- ADI 2.364-MC (STF), Relator Ministro Celso de Mello, DJ 14/12/01:

**"O respeito efetivo à exigência de prévia aprovação em concurso público qualifica-se, constitucionalmente, como paradigma de legitimação ético-jurídica da investidura de qualquer cidadão em cargos, funções ou empregos públicos, ressalvadas as hipóteses de nomeação para cargos em comissão (CF, art. 37, II). A razão subjacente ao postulado do concurso público traduz-se na necessidade essencial de o Estado conferir efetividade ao princípio constitucional de que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, vedando-se, desse modo, a prática inaceitável de o Poder Público conceder privilégios a alguns ou de dispensar tratamento discriminatório e arbitrário a outros".**

- MI 153-AgR (STF), Relator Ministro Paulo Brossard, DJ 30/03/90:

**"A exigência de caráter geral, de aprovação em concurso, não pode ser afastada nem mesmo pela reserva de 'percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência' (CF, art. 37, II e VIII)".**

- Acórdão do Tribunal Regional do Trabalho (Proc. nº. 00363-2001-058-19-00-8, da 19ª Região)<sup>11</sup>:

**"Ementa. Nulidade contratual. Agentes Comunitários de Saúde. Ingresso nos quadros da Administração Pública Municipal, após a CF/88, sem concurso público. Aplicação do Enunciado 363, do C. TST".**

- Enunciado nº. 363<sup>12</sup> da Súmula do Tribunal Superior do Trabalho (TST):

**"A contratação de servidor público, após a CF/1988, sem prévia aprovação em concurso público, encontra óbice no seu art. 37, II e § 2º, somente lhe conferindo direito ao pagamento da contraprestação pactuada, em relação ao número de horas trabalhadas, respeitado o valor da hora do salário mínimo, e dos valores referentes aos depósitos do FGTS".**

Foi para minimizar o efeito das consequências dessa atuação do MPT (mesmo que tardia), reputada justa e imprescindível para garantir-se respeito a princípios basilares do estado de direito, que o legislador prescreveu fossem aproveitados os processos de seleção pública que originaram os vínculos de trabalho acima arrolados. Por tal razão, não se pode dar a expressão "a qualquer título" significação diferente da que compreenda a totalidade dos vínculos considerados irregulares por ele e pela própria Justiça do Trabalho.

---

<sup>11</sup> Publicado no DOE/AL de 26/06/2002.

<sup>12</sup> Redação dada pela Res. nº. 121/2003, D.J. de 10/11/2000.

No entanto, para o aproveitamento dessas seleções públicas não é suficiente apenas que elas tenham sido realizadas pela própria administração direta ou indireta ou por instituição devidamente autorizada pelo chefe do poder público municipal ou por um seu representante legal, por exemplo. Além disso, é imprescindível que elas tenham observado os princípios contidos no *caput* do art. 37 da CF, especialmente os da publicidade e impessoalidade. Aliás, assim reza o parágrafo único do art. 9º da MP nº. 297/2006.

Ainda assim, na avaliação de tais seleções não se deve adotar o igual rigor exigido para a verificação de validade de um concurso público, sob pena de se mitigar enormemente o aproveitamento almejado pelo legislador. Não é possível se deixar de considerar que o Ministério da Saúde, de agosto de 1991<sup>13</sup>, pelo menos, a final de dezembro de 2002, vinha orientando os gestores a promoverem o recrutamento e a seleção do ACS por meio do seguinte procedimento seletivo: divulgação, mobilização, inscrição, prova escrita e entrevista.

Dessa forma, se a seleção pública foi divulgada por documento escrito, independente da denominação que a ele se deu (por exemplo: edital, convocatória, aviso, nota etc.), e nele constou, no mínimo: a) o período e o local de inscrição; b) a data, a hora e o lugar de realização da prova escrita; e, c) a descrição do conhecimento a ser aferido; nada obsta que, perante a intrínseca flexibilização prevista na prescrição do parágrafo único da EC nº. 51/2006, se tenha o princípio da publicidade por obedecido, principalmente se a divulgação foi feita utilizando-se o meio usual de publicação de atos no âmbito do território do ente federado (diário oficial e/ou jornal de grande circulação ou afixação em prédios públicos).

Ademais, ainda que reprovável o uso da entrevista, por na está prevista em lei e tender a ofender o princípio da impessoalidade, conforme arguem alguns procuradores do trabalho, a ocorrência desta também não deve inviabilizar o esforço de aproveitamento da seleção. Demais razoável é o entendimento que a desconsidera diante da não descaracterização do resultado obtido pela prova escrita.

Como exemplo do afirmado no parágrafo anterior, apresenta-se a seguinte situação hipotética: em um dado processo de seleção pública para o exercício da atividade de ACS, a qualquer título, das seis maiores notas da prova escrita somente uma não foi preservada, após a entrevista. Em sendo assim, esta pode e deve ser tolerada, especialmente se foi feita, em relação a todos, de igual modo, forma e conteúdo e por um mesmo entrevistador ou grupo de entrevistadores.

Por último, ainda por um imperativo de publicidade, o aproveitamento do certame não pode dispensar a publicação da relação dos aprovados. É pelo seu conhecimento, viabilizado pela proclamação, que o candidato tem a possibilidade de manifestar-se contra o resultado apurado, inclusive em instância judicial. Se ela foi publicada, da maneira anteriormente indicada, e não está pendente de questionamento, se tem atendido o derradeiro dos requisitos para a validação dos processos.

## **5. A CERTIFICAÇÃO DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA**

---

<sup>13</sup> Publicação do Manual de Recrutamento e Seleção/Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (FUNASA/Ministério da Saúde).

A partir de agora, se passa a oferecer, de fato, um *modus operandi* para a correta aplicação da EC nº. 51/2006. Ressalvando-se, de logo, que as orientações dadas a seguir devem ser consideradas bem mais como uma visão panorâmica de como se aplicar a norma constitucional em comento, do que a sua única maneira de efetivação, pois esta não é, inclusive, a pretensão que motiva a presente publicação.

Assim sendo, por se considerar bastante satisfatória a escolha feita pela MP nº. 297/2006 para se atestar sobre a validade ou não do processo de seleção pública dos ACE da Fundação Nacional de Saúde (§§ 1º e 2º do seu art. 12), é que aqui se opta por se indicar ao gestor local do SUS a constituição de uma comissão em seu âmbito com a mesma finalidade. Dita comissão, se acolhida sua criação, e sendo este o ato formal para sua instituição, em face da legislação local, pode muito bem ter sua origem e conformação baseadas no seguinte modelo:

**PORTARIA Nº. ...[número].../SMS, DE ...[dia e mês da assinatura]... DE 2006.**

**Constitui Comissão Especial para exame de processos administrativos individuais de investidura em empregos públicos de ACS e ACE com dispensa de processo seletivo público e dá outras providências.**

**O Secretário Municipal de Saúde, no uso da atribuição que lhe confere o art. ...[número]... da Lei Municipal nº. ...[número]..., de ...[dia e mês de aprovação]... de 2006, resolve:**

**Art. 1º. Constituir uma Comissão Especial para examinar os processos administrativos individuais de investidura em empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e de Agente de Combate às Endemias (ACE), com dispensa de processo seletivo público.**

**Art. 2º. A Comissão Especial ora constituída será composta por três representantes da Secretaria Municipal de Saúde, um representante dos Agentes Comunitários de Saúde e um representante dos Agentes de Combate às Endemias.**

**§ 1º. A Secretaria Municipal de Saúde será representada na Comissão pelos seguintes servidores:**

**I - o ...[denominação do cargo do 1º representante]... (Coordenador dos trabalhos da Comissão);**

**II - o ...[denominação do cargo do 2º representante]... (Secretário da Comissão); e,**

**III - o ...[denominação do cargo do 3º representante]... .**

**§ 2º. Os representantes dos Agentes serão designados por suas respectivas entidades de classe, por meio de expediente dirigido ao Coordenador da Comissão, num prazo de 15 (quinze) dias.**

**Art. 3º. A Comissão terá um prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de sua primeira reunião, para examinar os processos e certificar sobre o preenchimento ou não dos requisitos de que trata o art. ...[número]... da Lei Municipal nº. ...[número]..., de ...[dia e mês da aprovação]... de 2006.**

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

**...[denominação do município]..., ...[dia e mês da assinatura]... de 2006.**

**...[nome completo]...  
Secretário Municipal de Saúde**

Observa-se que, no modelo acima, a lei municipal a que ele se reporta é a que cria os empregos públicos de ACS e ACE. Assim como, que as intervenções necessárias à regularização dos vínculos não precisa seguir, rigorosamente, a ordem de atos aqui adotada.

## 6. A ALTERAÇÃO DA LEI ORGÂNICA E DA LEI DO REGIME JURÍDICO

Pelo Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a Assembléia Nacional Constituinte que promulgou a Constituição Federal de 1988 determinou que em seis meses, após a promulgação da constituição estadual, todos os municípios deveriam aprovar suas respectivas leis orgânicas, pautando-se nos princípios e previsões contidas naquela (parágrafo único do seu art. 11).

Por seu turno, a redação original do *caput* do art. 39 da CF ainda ordenava, até sua alteração pela EC nº. 19, de 4 de junho de 1998<sup>14</sup>, que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituissem, no limite de sua competência, regime jurídico único e plano de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas.

Pautando-se na opção feita pela União, no que toca ao regime jurídico único (L. nº. 8.112, de 11 de dezembro de 1990)<sup>15</sup>, a quase totalidade dos demais entes federados também se decidiu pelo de natureza estatutária. Assim, para regularizarem os vínculos de trabalho dos seus agentes, esses entes necessitam promover alterações tanto em sua constituição (no caso dos estados) ou em sua lei orgânica (na hipótese do DF e municípios), como na própria lei instituidora do regime jurídico único dos seus servidores.

Para auxiliar a realização dessa empreitada, abaixo segue um modelo de proposição que emenda a lei orgânica e outro que altera a lei que estabelece o regime jurídico único dos servidores. Não é demais lembrar que tais modelos são limitados, uma vez que formulados a partir de uma situação idealizada:

**EMENDA À LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE ...[denominação]... Nº. ...[número]...,  
DE ...[dia da promulgação].../...[mês da promulgação].../2006.**

Altera o inciso ...[número]... do art.  
...[número]... da Lei Orgânica do Município de  
...[denominação]... e dá outras providências.

A Mesa Diretora da Câmara Municipal do Município de ...[denominação]..., nos termos do inciso ...[número]... do art. ...[número]... da Lei Orgânica do Município, promulga a seguinte Emenda ao texto da individuada lei fundamental:

Art. 1º. O inciso ...[número]... do art. ...[número]... da Lei Orgânica do Município de [denominação] passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. ...[número]... ..  
.....

“...[número do inciso]... - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração, e a contratação de agentes comunitário de saúde e de combate às endemias que poderão ser admitido por meio de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos;” (NR)

Art. 2º. Os profissionais que a qualquer título começaram a exercer atividades próprias de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias antes de 14

<sup>14</sup> Publicada no DOU de 05/06/2006.

<sup>15</sup> Publicada no DOU de 19/04/1991.

de fevereiro de 2006 ficam dispensados de se submeter ao processo seletivo público de que trata o inciso ...[*número*]... do art. ...[*número*]... da Lei Orgânica do Município, desde que se possa certificar que foram contratados a partir de anterior processo de seleção pública realizado por órgãos ou entes da administração direta ou indireta do município ou por qualquer outra instituição, se autorizado e supervisionado pela administração direta.

Parágrafo único. Somente deverá ser equiparado ao processo seletivo público os processos de seleção pública que tenham observado os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

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

Câmara Municipal de ...[*denominação do município*]..., aos ...[*número*]... dias do mês de ...[*mês*]... de 2006.

...[*nome completo*]...  
Presidente

...[*nome completo*]...  
1º. Secretário

...[*nome completo*]...  
2º. Secretário

LEI MUNICIPAL Nº. ...[*número*]..., DE ...[*dia e mês da aprovação*]... DE 2006.

Altera a redação dos arts. ...[*número*]... e ...[*número*]... da Lei Municipal nº. ...[*número*]..., de ...[*dia da aprovação*].../[*mês da aprovação*].../[*ano da aprovação*]..., que institui o regime jurídico dos servidores públicos do Município de ...[*denominação*]..., e dá outra providência.

O Prefeito do Município de ...[*denominação do município*]...: faço saber que a Câmara Municipal decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. Os arts. ...[*número*]... e ...[*número*]... da Lei Municipal nº. ...[*número*]..., de ...[*dia da aprovação*].../[*mês da aprovação*].../[*ano da aprovação*]..., passam a vigorar com as seguintes redações:

Art. ...[*número*]... .....

“Parágrafo único. O regime jurídico de que trata o caput não se aplica aos agentes comunitários de saúde e de combate às endemias que serão regidos pelo Decreto-Lei nº. 5.452, de 1º de maio de 1943, que aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).” (NR)

“Art. ...[*número*]... A investidura em cargo público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração, e a contratação de agentes comunitário de saúde e de combate às endemias que poderão ser admitido por meio de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos.” (NR)

Art. 2º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

...[*denominação do município*]..., ...[*dia e mês da aprovação*]... de 2006

...[*nome completo*]...  
Prefeito Municipal

...[*nome completo*]...  
Secretário de Saúde

...[*nome completo*]...  
Secretário de Administração

Salienta-se, por fim, que a emenda à constituição ou à lei orgânica é tão importante que, por assim não proceder, o Distrito Federal hoje responde a uma ação direta de inconstitucionalidade perante seu Tribunal de Justiça (ADI nº. 2006-00-2-006686-2), em face do art. 2º da Lei Distrital nº. 3.870, de 16 de junho de 2006<sup>16</sup>, que altera a Lei Distrital nº. 3.716/2003 e dá outras providências, prevê o aproveitamento de processos de seleção pública, nos termos do parágrafo único do art. 2º da EC nº. 51/2006, sem que se tenha promovido a necessária e anterior mudança da prescrição do inciso II do art. 19 de sua Carta Política, que somente admite o ingresso no serviço público, para o exercício de cargo ou emprego público, por concurso público de provas ou de provas e títulos.

## **7. A LEI QUE CRIA OS EMPREGOS PÚBLICOS DE ACS E ACE**

Como se vê, a opção pelo emprego público de ACS ou de ACE pelo gestor que adotou o estatuto para os seus servidores impõe, necessariamente, a promoção de alterações tanto em sua lei orgânica como em sua lei do regime jurídico único.

Realizadas tais alterações, ou seja, introduzidos na lei orgânica o processo seletivo público como meio de ingresso de novos agentes e o aproveitamento condicionado dos processos de seleção pública anteriores, para dispensar daquele quem já estava no exercício da atividade em 14 de fevereiro de 2006; e promovida na lei do regime jurídico único a inclusão da prescrição da adoção da CLT para contratação desses agentes, se tem instituída a base legal necessária para a regularização dos vínculos de trabalho.

Porém, para que de fato aconteça esta regularização ainda é necessária à existência de lei criando o quantitativo dos empregos públicos que o gestor necessita sejam ocupados por seus agentes. Em auxílio disso, abaixo segue proposição cujo teor respeita prescrições contidas na Portaria nº. 648/GM-MS, de 28 de março de 2006, que revisa as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o PACS:

**LEI MUNICIPAL Nº. ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.**

**Cria empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e de Agente Combate às Endemias (ACE) e dá outras providências.**

**O Prefeito do Município de ...[denominação]...: faço saber que a Câmara Municipal decretou e eu sanciono a seguinte Lei:**

**Art. 1º. Ficam criados ...[número]... (...[número por extenso]...) empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde e ...[número]... (...[número por extenso]...) de Agente de Combate às Endemias, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde.**

**Parágrafo único. A investidura nos empregos de ACS ora criados deverá observar a distribuição das vagas pelas áreas geográficas fixadas pelo Anexo I desta Lei.**

**Art. 2º. A duração do trabalho normal dos ocupantes dos empregos públicos de que trata o caput do art. 1º desta Lei será de 40 (quarenta) horas por semana para o desempenho das atividades constantes nos Anexos II e III desta Lei, mediante a percepção dos salários neles indicados.**

<sup>16</sup> Publicada no DO/DF de 22/06/2006.



**Art. 3º.** O ingresso nos empregos públicos de ACS e ACE dependerá de aprovação prévia em processo seletivo público que obedeça aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, constituído das seguintes etapas:

**I - primeira etapa (eliminatória):** provas de conhecimento; e,

**II - segunda etapa (eliminatória e classificatória):** curso introdutório de formação inicial e continuada.

**Parágrafo único.** As provas de conhecimento (de múltipla escolha e dissertativa) e o curso introdutório deverão respeitar os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e observar as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

**Art. 4º.** São requisitos essenciais para o exercício das atividades:

**I - de Agente Comunitário de Saúde:**

a) residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;

b) haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;

c) haver concluído o ensino fundamental; e,

**II - de Agente de Combate às Endemias:**

a) haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e,

b) haver concluído o ensino fundamental.

**Art. 5º.** Os profissionais que a qualquer título começaram a exercer atividades próprias de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias antes de 14 de fevereiro de 2006 poderão ser investidos nos correspondentes empregos públicos de ACS e ACE sem a necessidade de se submeterem ao processo seletivo público de que trata o art. 2º desta Lei, desde que preencham os seguintes requisitos:

**I - ser brasileiro;**

**II - ser maior de 18 anos;**

**III - saber ler e escrever;**

**IV - estar quite com as obrigações eleitoral e militar; e,**

**V - estar no exercício da atividade por ter sido aprovado em processo de seleção pública que tenha obedecido aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.**

**Parágrafo único.** Para a investidura no emprego público de ACS ainda será exigido o seguintes:

**I - ter o ensino fundamental completo, ao invés do requisito estabelecido pelo inciso III, caso o início do exercício da atividade tenha ocorrido a partir de 10 de julho de 2002; e,**

**II - estar residindo na área da comunidade em que atuar.**

**Art. 6º.** Os requisitos estabelecidos pelo art. 4º desta Lei serão apurados em processo administrativo individual, examinado por Comissão Especial, instituída pela Secretaria de Saúde, e homologado pelo Prefeito municipal.

**Art. 7º.** A administração pública municipal somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

**I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);**

**II - acumulação ilegal de dois empregos públicos ou de um cargo com o emprego público;**

**III - necessidade de redução de quadro de pessoal por excesso de despesa; ou,**

**IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.**

**Parágrafo único.** No caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto na alínea a do inciso I do art. 4º desta Lei, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

**Art. 8º.** As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde.

**Art. 9º.** Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

...[denominação do município]..., ...[dia e mês]... de 2006

...[nome completo]...  
Prefeito Municipal

...[nome completo]...  
Secretário de Saúde

...[nome completo]...  
Secretário de Administração

**ANEXO I**  
**LEI MUNICIPAL Nº. ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.**

<b>DISTRIBUIÇÃO DOS EMPREGOS PÚBLICOS DE ACS</b>		
<b>VAGAS</b>	<b>Nº. DA ÁREA</b>	<b>DESCRIÇÃO DA ÁREA</b>
...[número]...	...[número]...	...[circunscrição da área]...

**ANEXO II**  
**LEI MUNICIPAL Nº. ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.**

<b>EMPREGO PÚBLICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)</b>	
<b>SALÁRIO</b>	<b>ATIVIDADES</b>
...[valor]...	...[especificação das atribuições]...

**ANEXO III**  
**LEI MUNICIPAL Nº. ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.**

<b>EMPREGO PÚBLICO DE AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)</b>	
<b>SALÁRIO</b>	<b>ATIVIDADES</b>
...[valor]...	...[especificação das atribuições]...

Ressalta-se que, por seus arts. 5º e 6º, a proposição ainda oferece requisitos para se certificar a validade das seleções públicas anteriormente realizadas e constitui comissão especial para se atestar a observância deles, por meio de processo administrativo individual. Aliás, é precisamente esta lei que arrima a expedição da portaria de que trata o item 5 (cinco) do presente texto.

## **8. A ALTERAÇÃO DO REGIME E A CRIAÇÃO DOS EMPREGOS**

Entretanto, embora a alteração do regime jurídico esteja sendo tratada acima em proposição distinta da que cria os empregos públicos de ACS e ACE, nada impede que se cuide de uma e outra matéria por intermédio de um único projeto de lei, salvo se em relação à lei do regime a constituição ou lei orgânica do ente federado atribua um

**quorum** para a aprovação da proposição superior ao que exija para a votação da lei de criação dos empregos.

Inexistindo essa tal restrição, o projeto tanto pode tratar da alteração da lei do regime jurídico único como da criação dos empregos públicos de ACS e ACE, conforme ilustra o modelo abaixo:

**LEI MUNICIPAL Nº. ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.**

Altera a redação dos arts. ...[número]... e ...[número]... da Lei Municipal nº. ...[número]..., de ...[dia da aprovação].../[mês da aprovação].../[ano da aprovação]..., que institui o regime jurídico dos servidores públicos do Município de ...[denominação]..., cria empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e de Agente Combate às Endemias (ACE) e dá outras providências.

O Prefeito do Município de ...[denominação]...: faço saber que a Câmara Municipal decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. Os arts. ...[número]... e ...[número]... da Lei Municipal nº. ...[número]..., de ...[dia da aprovação].../[mês da aprovação].../[ano da aprovação]..., passam a vigorar com as seguintes redações:

Art. ...[número]... .....

“Parágrafo único. O regime jurídico de que trata o caput não se aplica aos agentes comunitários de saúde e de combate às endemias que serão regidos pelo Decreto-Lei nº. 5.452, de 1º de maio de 1943, que aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).” (NR)

“Art. ...[número]... A investidura em cargo público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração, e a contratação de agentes comunitário de saúde e de combate às endemias que poderão ser admitido por meio de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos.” (NR)

Art. 2º. Ficam criados ...[número]... (...[número por extenso]...) empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde e ...[número]... (...[número por extenso]...) de Agente de Combate às Endemias, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo único. A investidura nos empregos de ACS ora criados deverá observar a distribuição das vagas pelas áreas geográficas fixadas pelo Anexo I desta Lei.

Art. 3º. A duração do trabalho normal dos ocupantes dos empregos públicos de que trata o caput do art. 1º desta Lei será de 40 (quarenta) horas por semana para o desempenho das atividades constantes nos Anexos II e III desta Lei, mediante a percepção dos salários neles indicados.

Art. 4º. O ingresso nos empregos públicos de ACS e ACE dependerá de aprovação prévia em processo seletivo público que obedeça aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, constituído das seguintes etapas:

I - primeira etapa (eliminatória): provas de conhecimento; e,

II - segunda etapa (eliminatória e classificatória): curso introdutório de formação inicial e continuada.

Parágrafo único. As provas de conhecimento (de múltipla escolha e dissertativa) e o curso introdutório deverão respeitar os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e observar as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

Art. 5º. São requisitos essenciais para o exercício das atividades:

I - de Agente Comunitário de Saúde:

a) residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;

b) haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;

c) haver concluído o ensino fundamental; e,

II - de Agente de Combate às Endemias:

a) haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e,

b) haver concluído o ensino fundamental.

Art. 6º. Os profissionais que a qualquer título começaram a exercer atividades próprias de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias antes de 14 de fevereiro de 2006 poderão ser investidos nos correspondentes empregos públicos de ACS e ACE sem a necessidade de se submeterem ao processo seletivo público de que trata o art. 2º desta Lei, desde que preencham os seguintes requisitos:

I - ser brasileiro;

II - ser maior de 18 anos;

III - saber ler e escrever;

IV - estar quite com as obrigações eleitoral e militar; e,

V - estar no exercício da atividade por ter sido aprovado em processo de seleção pública que tenha obedecido aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Parágrafo único. Para a investidura no emprego público de ACS ainda será exigido o seguintes:

I - ter o ensino fundamental completo, ao invés do requisito estabelecido pelo inciso III, caso o início do exercício da atividade tenha ocorrido a partir de 10 de julho de 2002; e,

II - estar residindo na área da comunidade em que atuar.

Art. 7º. Os requisitos estabelecidos pelo art. 4º desta Lei serão apurados em processo administrativo individual, examinado por Comissão Especial, instituída pela Secretaria de Saúde, e homologado pelo Prefeito municipal.

Art. 8º. A administração pública municipal somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);

II - acumulação ilegal de dois empregos públicos ou de um cargo com o emprego público;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal por excesso de despesa; ou,

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

Parágrafo único. No caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto na alínea a do inciso I do art. 4º desta Lei, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

Art. 9º. As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 10. Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

...[denominação do município]..., ...[dia e mês]... de 2006

...[nome completo]...

Prefeito Municipal

...[nome completo]...

Secretário de Saúde

...[nome completo]...

Secretário de Administração

ANEXO I

LEI MUNICIPAL N°. ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.

DISTRIBUIÇÃO DOS EMPREGOS PÚBLICOS DE ACS		
VAGAS	N°. DA ÁREA	DESCRIÇÃO DA ÁREA
...[número]...	...[número]...	...[circunscrição da área]...

#### ANEXO II

LEI MUNICIPAL N°. ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.

EMPREGO PÚBLICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	
SALÁRIO	ATIVIDADES
...[valor]...	...[especificação das atribuições]...

#### ANEXO III

LEI MUNICIPAL N°. ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.

EMPREGO PÚBLICO DE AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)	
SALÁRIO	ATIVIDADES
...[valor]...	...[especificação das atribuições]...

## 9. A ADAPTAÇÃO DOS MODELOS PARA O REGIME ESTATUTÁRIO

Como dito antes, a MP n°. 297/2006 não impôs ao gestor local a observância de um ou outro regime jurídico, apesar do arrimo dado pelo § 5º do art. 198 da CF. A razão para isso, não cabe aqui ser perquirida. Contudo, diante da possibilidade de se submeter os agentes ao regime estatutário, ora cumpre esclarecer que, promovidas pequenas adaptações na redação dos modelos, estes também servirão para exemplificar as alterações que precisam ser realizadas na constituição ou lei orgânica do ente federado e na lei que estabelece o regime jurídico dos seus servidores, em face da execução de preceitos contidos na EC n°. 51/2006.

Neste passo, e observando-se a ordem de apresentação dos modelos, o de portaria é o primeiro em que se faz o anunciado ajuste, limitado à substituição da expressão “empregos públicos” pela de “cargos efetivos”, em sua ementa e em seu artigo primeiro:

PORTARIA N°. ...[número].../SMS, DE ...[dia e mês da assinatura]... DE 2006.

**Constitui Comissão Especial para exame de processos administrativos individuais de investidura em cargos efetivos de ACS e ACE com dispensa de processo seletivo público e dá outras providências.**

O Secretário Municipal de Saúde, no uso da atribuição que lhe confere o art. ...[número]... da Lei Municipal nº. ...[número]..., de ...[dia e mês de aprovação]... de 2006, resolve:

Art. 1º. Constituir uma Comissão Especial para examinar os processos administrativos individuais de investidura em cargos efetivos de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e de Agente de Combate às Endemias (ACE), com dispensa de processo seletivo público.

Art. 2º. A Comissão Especial ora constituída será composta por três representantes da Secretaria Municipal de Saúde, um representante dos Agentes Comunitários de Saúde e um representante dos Agentes de Combate às Endemias.

§ 1º. A Secretaria Municipal de Saúde será representada na Comissão pelos seguintes servidores:

I - o ...[denominação do cargo do 1º representante]... (Coordenador dos trabalhos da Comissão);

II - o ...[denominação do cargo do 2º representante]... (Secretário da Comissão); e,

III - o ...[denominação do cargo do 3º representante]... .

§ 2º. Os representantes dos Agentes serão designados por suas respectivas entidades de classe, por meio de expediente dirigido ao Coordenador da Comissão, num prazo de 15 (quinze) dias.

Art. 3º. A Comissão terá um prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de sua primeira reunião, para examinar os processos e certificar sobre o preenchimento ou não dos requisitos de que trata o art. ...[número]... da Lei Municipal nº. ...[número]..., de ...[dia e mês da aprovação]... de 2006.

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

...[denominação do município]..., ...[dia e mês da assinatura]... de 2006.

...[nome completo]...

Secretário Municipal de Saúde

Na seqüência, apresenta-se o modelo de emenda à lei orgânica, com as necessárias substituições das expressões “contratação” e “poderão ser admitidos por meio de”, respectivamente, pelas expressões “investidura em cargos efetivos” e “poderá depender de aprovação prévia em”:

EMENDA À LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE ...[denominação]... N.º. ...[número]...,  
DE ...[dia da promulgação].../...[mês da promulgação].../2006.

Altera o inciso ...[número]... do art. ...[número]... da Lei Orgânica do Município de ...[denominação]... e dá outras providências.

A Mesa Diretora da Câmara Municipal do Município de ...[denominação]..., nos termos do inciso ...[número]... do art. ...[número]... da Lei Orgânica do Município, promulga a seguinte Emenda ao texto da individuada lei fundamental:

Art. 1º. O inciso ...[número]... do art. ...[número]... da Lei Orgânica do Município de [denominação] passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. ...[número]... .....

.....

“...[número do inciso]... - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração, e a investidura em cargos efetivos de agentes comunitário de saúde e de combate às endemias que poderá depender de aprovação prévia em processo seletivo público de provas ou de provas e títulos;”  
(NR)

.....

Art. 2º. Os profissionais que a qualquer título começaram a exercer atividades próprias de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias antes de 14 de fevereiro de 2006 ficam dispensados de se submeter ao processo seletivo público de que trata o inciso ...[*número*]... do art. ...[*número*]... da Lei Orgânica do Município, desde que se possa certificar que foram contratados a partir de anterior processo de seleção pública realizado por órgãos ou entes da administração direta ou indireta do município ou por qualquer outra instituição, se autorizado e supervisionado pela administração direta.

Parágrafo único. Somente deverá ser equiparado ao processo seletivo público os processos de seleção pública que tenham observado os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

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

Câmara Municipal de ...[*denominação do município*]..., aos ...[*número*]... dias do mês de ...[*mês*]... de 2006.

...[*nome completo*]...

Presidente

...[*nome completo*]...

1º. Secretário

...[*nome completo*]...

2º. Secretário

No que diz respeito ao modelo de alteração da lei do regime jurídico, sua adequação se faz pela exclusão do parágrafo único, cuja redação visa excepcionar os agentes da abrangência do regime estatutário, e pela permuta das expressões “contratação” e “poderão ser admitidos por meio de”, respectivamente, pelas expressões “investidura em cargos efetivos” e “poderá depender de aprovação prévia em”, no artigo seguinte:

LEI MUNICIPAL Nº. ...[*número*]..., DE ...[*dia e mês da aprovação*]... DE 2006.

Altera a redação do art. ...[*número*]... da Lei Municipal nº. ...[*número*]..., de ...[*dia da aprovação*].../[*mês da aprovação*].../[*ano da aprovação*]..., que institui o regime jurídico dos servidores públicos do Município de ...[*denominação*]..., e dá outra providência.

O Prefeito do Município de ...[*denominação do município*]...: faço saber que a Câmara Municipal decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. O art. ...[*número*]... da Lei Municipal nº. ...[*número*]..., de ...[*dia da aprovação*].../[*mês da aprovação*].../[*ano da aprovação*]..., passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. ...[*número*]... A investidura em cargo público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração, e a investidura em cargos efetivos de agentes comunitário de saúde e de combate às endemias que poderá depender de aprovação prévia em processo seletivo público de provas ou de provas e títulos.” (NR)

Art. 2º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

...[*denominação do município*]..., ...[*dia e mês da aprovação*]... de 2006

...[*nome completo*]...

Prefeito Municipal

...[*nome completo*]...

Secretário de Saúde

...[*nome completo*]...

## Secretário de Administração

Quanto à criação dos cargos, o modelo que segue decorre basicamente da troca da expressão “empregos públicos” pela de “cargos efetivos”, promovida na proposição que cria os primeiros, além da substituição de “salário” por “vencimento”:

**LEI MUNICIPAL N.º ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.**

**Cria cargos efetivos de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e de Agente Combate às Endemias (ACE) e dá outras providências.**

O Prefeito do Município de ...[denominação]...: faço saber que a Câmara Municipal decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1.º.** Ficam criados ...[número]... (...[número por extenso]...) cargos efetivos de Agente Comunitário de Saúde e ...[número]... (...[número por extenso]...) de Agente de Combate às Endemias, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde.

**Parágrafo único.** A investidura nos cargos efetivos de ACS ora criados deverá observar a distribuição das vagas pelas áreas geográficas fixadas pelo Anexo I desta Lei.

**Art. 2.º.** A duração do trabalho normal dos ocupantes dos cargos efetivos de que trata o caput do art. 1.º desta Lei será de 40 (quarenta) horas por semana para o desempenho das atividades constantes nos Anexos II e III desta Lei, mediante a percepção dos vencimentos neles indicados.

**Art. 3.º.** O ingresso nos cargos efetivos de ACS e ACE dependerá de aprovação prévia em processo seletivo público que obedeça aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, constituído das seguintes etapas:

**I - primeira etapa (eliminatória):** provas de conhecimento; e,

**II - segunda etapa (eliminatória e classificatória):** curso introdutório de formação inicial e continuada.

**Parágrafo único.** As provas de conhecimento (de múltipla escolha e dissertativa) e o curso introdutório deverão respeitar os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e observar as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

**Art. 4.º.** São requisitos essenciais para o exercício das atividades:

**I - de Agente Comunitário de Saúde:**

a) residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;

b) haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;

c) haver concluído o ensino fundamental; e,

**II - de Agente de Combate às Endemias:**

a) haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e,

b) haver concluído o ensino fundamental.

**Art. 5.º.** Os profissionais que a qualquer título começaram a exercer atividades próprias de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias antes de 14 de fevereiro de 2006 poderão ser investidos nos correspondentes cargos efetivos de ACS e ACE sem a necessidade de se submeterem ao processo seletivo público de que trata o art. 2.º desta Lei, desde que preencham os seguintes requisitos:

**I - ser brasileiro;**

**II - ser maior de 18 anos;**

**III - saber ler e escrever;**

**IV - estar quite com as obrigações eleitoral e militar; e,**

**V - estar no exercício da atividade por ter sido aprovado em processo de seleção pública que tenha obedecido aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.**



**Parágrafo único.** Para a investidura no cargo efetivo de ACS ainda será exigido o seguintes:

- I - ter o ensino fundamental completo, ao invés do requisito estabelecido pelo inciso III, caso o início do exercício da atividade tenha ocorrido a partir de 10 de julho de 2002; e,
- II - estar residindo na área da comunidade em que atuar.

**Art. 6º.** Os requisitos estabelecidos pelo art. 4º desta Lei serão apurados em processo administrativo individual, examinado por Comissão Especial, instituída pela Secretaria de Saúde, e homologado pelo Prefeito municipal.

**Art. 7º.** A administração pública municipal somente poderá desligar o Agente Comunitário de Saúde ou o Agente de Combate às Endemias na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

I - prática de falta grave, apurada em processo administrativo em que se assegure o contraditório e a ampla defesa;

II - acumulação ilegal de dois cargos ou de um emprego público com o cargo;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal por excesso de despesa;

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.; ou,

V - em virtude de processo judicial transitado em julgado.

**Parágrafo único.** No caso do Agente Comunitário de Saúde, este também poderá ser desligado na hipótese de não-atendimento ao disposto na alínea a do inciso I do art. 4º desta Lei, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

**Art. 8º.** As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde.

**Art. 9º.** Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

...[denominação do município]..., ...[dia e mês]... de 2006

...[nome completo]...

Prefeito Municipal

...[nome completo]...

Secretário de Saúde

...[nome completo]...

Secretário de Administração

#### ANEXO I

LEI MUNICIPAL Nº. ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.

DISTRIBUIÇÃO DOS EMPREGOS PÚBLICOS DE ACS		
VAGAS	Nº. DA ÁREA	DESCRIÇÃO DA ÁREA
...[número]...	...[número]...	...[circunscrição da área]...

#### ANEXO II

LEI MUNICIPAL Nº. ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.

EMPREGO PÚBLICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	
VENCIMENTO	ATIVIDADES
...[valor]...	...[especificação das atribuições]...

**ANEXO III**  
**LEI MUNICIPAL N.º ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.**

<b>EMPREGO PÚBLICO</b>	
<b>DE AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)</b>	
<b>VENCIMENTO</b>	<b>ATIVIDADES</b>
...[valor]...	...[especificação das atribuições]...

Por fim, pela reunião dos dois últimos modelos se obtém um exemplo bastante satisfatório para se tratar a alteração da lei do regime jurídico e a criação dos cargos por intermédio de uma única proposição. Não sendo demais reiterar que isso somente será possível se ambas as matérias estiverem submetidas ao mesmo **quorum** de aprovação:

**LEI MUNICIPAL N.º ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.**

Altera a redação do art. ...[número]... da Lei Municipal n.º ...[número]..., de ...[dia da aprovação].../[mês da aprovação].../[ano da aprovação]..., que institui o regime jurídico dos servidores públicos do Município de ...[denominação]..., cria cargos efetivos de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e de Agente Combate às Endemias (ACE) e dá outras providências.

O Prefeito do Município de ...[denominação do município]...: faço saber que a Câmara Municipal decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º. O art. ...[número]... da Lei Municipal n.º ...[número]..., de ...[dia da aprovação].../[mês da aprovação].../[ano da aprovação]..., passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. ...[número]... A investidura em cargo público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão, declarado em lei de livre nomeação e exoneração, e a investidura em cargos efetivos de agentes comunitário de saúde e de combate às endemias que poderá depender de aprovação prévia em processo seletivo público de provas ou de provas e títulos.” (NR)

Art. 2.º. Ficam criados ...[número]... (...[número por extenso]...) cargos efetivos de Agente Comunitário de Saúde e ...[número]... (...[número por extenso]...) de Agente de Combate às Endemias, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo único. A investidura nos cargos efetivos de ACS ora criados deverá observar a distribuição das vagas pelas áreas geográficas fixadas pelo Anexo I desta Lei.

Art. 3.º. A duração do trabalho normal dos ocupantes dos cargos efetivos de que trata o caput do art. 1.º desta Lei será de 40 (quarenta) horas por semana para o desempenho das atividades constantes nos Anexos II e III desta Lei, mediante a percepção dos vencimentos neles indicados.

Art. 4.º. O ingresso nos cargos efetivos de ACS e ACE dependerá de aprovação prévia em processo seletivo público que obedeça aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, constituído das seguintes etapas:

I - primeira etapa (eliminatória): provas de conhecimento; e,

II - segunda etapa (eliminatória e classificatória): curso introdutório de formação inicial e continuada.

Parágrafo único. As provas de conhecimento (de múltipla escolha e dissertativa) e o curso introdutório deverão respeitar os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da

Saúde e observar as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

Art. 5º. São requisitos essenciais para o exercício das atividades:

I - de Agente Comunitário de Saúde:

a) residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;

b) haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;

c) haver concluído o ensino fundamental; e,

II - de Agente de Combate às Endemias:

a) haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e,

b) haver concluído o ensino fundamental.

Art. 6º. Os profissionais que a qualquer título começaram a exercer atividades próprias de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias antes de 14 de fevereiro de 2006 poderão ser investidos nos correspondentes cargos efetivos de ACS e ACE sem a necessidade de se submeterem ao processo seletivo público de que trata o art. 2º desta Lei, desde que preencham os seguintes requisitos:

I - ser brasileiro;

II - ser maior de 18 anos;

III - saber ler e escrever;

IV - estar quite com as obrigações eleitoral e militar; e,

V - estar no exercício da atividade por ter sido aprovado em processo de seleção pública que tenha obedecido aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Parágrafo único. Para a investidura no cargo efetivo de ACS ainda será exigido o seguintes:

I - ter o ensino fundamental completo, ao invés do requisito estabelecido pelo inciso III, caso o início do exercício da atividade tenha ocorrido a partir de 10 de julho de 2002; e,

II - estar residindo na área da comunidade em que atuar.

Art. 7º. Os requisitos estabelecidos pelo art. 4º desta Lei serão apurados em processo administrativo individual, examinado por Comissão Especial, instituída pela Secretaria de Saúde, e homologado pelo Prefeito municipal.

Art. 8º. A administração pública municipal somente poderá desligar o Agente Comunitário de Saúde ou o Agente de Combate às Endemias na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

I - prática de falta grave, apurada em processo administrativo em que se assegure o contraditório e a ampla defesa;

II - acumulação ilegal de dois cargos ou de um emprego público com o cargo;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal por excesso de despesa;

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.; ou,

V - em virtude de processo judicial transitado em julgado.

Parágrafo único. No caso do Agente Comunitário de Saúde, este também poderá ser desligado na hipótese de não-atendimento ao disposto na alínea a do inciso I do art. 4º desta Lei, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

Art. 9º. As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 10. Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

...[denominação do município]..., ...[dia e mês]... de 2006

...[nome completo]...

Prefeito Municipal

...[nome completo]...

Secretário de Saúde

...[nome completo]...

Secretário de Administração

**ANEXO I**

**LEI MUNICIPAL N.º ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.**

<b>DISTRIBUIÇÃO DOS EMPREGOS PÚBLICOS DE ACS</b>		
<b>VAGAS</b>	<b>N.º DA ÁREA</b>	<b>DESCRIÇÃO DA ÁREA</b>
...[número]...	...[número]...	...[circunscrição da área]...

**ANEXO II**

**LEI MUNICIPAL N.º ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.**

<b>EMPREGO PÚBLICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)</b>	
<b>VENCIMENTO</b>	<b>ATIVIDADES</b>
...[valor]...	...[especificação das atribuições]...

**ANEXO III**

**LEI MUNICIPAL N.º ...[número]..., DE ...[dia e mês da aprovação]... DE 2006.**

<b>EMPREGO PÚBLICO DE AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE)</b>	
<b>VENCIMENTO</b>	<b>ATIVIDADES</b>
...[valor]...	...[especificação das atribuições]...

## **ANEXOS**

## EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 51, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2006

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

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

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

Art. 198.....

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

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

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

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

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

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

Brasília, em 14 de fevereiro de 2006

Mesa da Câmara dos Deputados	Mesa do Senado Federal
Deputado ALDO REBELO Presidente	Senador RENAN CALHEIROS Presidente
Deputado JOSÉ THOMAZ NONÔ 1º Vice-Presidente	Senador TIÃO VIANA 1º Vice-Presidente
Deputado CIRO NOGUEIRA 2º Vice-Presidente	Senador ANTERO PAES DE BARROS 2º Vice-Presidente
Deputado INOCÊNCIO OLIVEIRA 1º Secretário	Senador EFRAIM MORAIS 1º Secretário
Deputado NILTON CAPIXABA 2º Secretário	Senador JOÃO ALBERTO SOUZA 2º Secretário
Deputado JOÃO CALDAS 4º Secretário	Senador PAULO OCTÁVIO 3º Secretário
	Senador EDUARDO SIQUEIRA CAMPOS

**MEDIDA PROVISÓRIA Nº. 297, DE 9 DE JUNHO DE 2006.**

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

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

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

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

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

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

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

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

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

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

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

§ 1º Não se aplica a exigência a que se refere o inciso III aos que, na data de publicação desta Medida Provisória, estejam exercendo atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde.

§ 2º Compete ao ente federativo responsável pela execução dos programas a definição da área geográfica a que se refere o inciso I, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

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

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

Parágrafo único. Não se aplica a exigência a que se refere o inciso II aos que, na data de publicação desta Medida Provisória, estejam exercendo atividades próprias de Agente de Combate às Endemias.

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

Art. 9º A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos ou entes da administração direta dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios certificar, em cada caso, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa referida no parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, considerando-se como tal aquele que tenha sido realizado com observância dos princípios referidos no caput.

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

I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;

II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei nº 9.801, de 14 de junho de 1999; ou

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Brasília, 9 de junho de 2006; 185ª da Independência e 118ª da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

*Paulo Bernardo Silva*

*José Agenor Álvares da Silva*

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

**PORTARIA Nº. 648/GM, DE 28 DE MARÇO DE 2006.**

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

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e  
Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006,

**R E S O L V E:**

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

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

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

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

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

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficando revogadas as Portarias nº. 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº. 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 10, nº. 1.884/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº. 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº. 1.885/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº. 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº. 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº. 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº. 59/GM, de 16 de janeiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº. 14-E, de 21 de janeiro de 1998, Seção 1, página 2, nº. 157/GM, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº. 58, de 26 de março de 1998, Seção 1, página 104, nº. 2.101/GM, de 27 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº. 42, de 4 de março de 1998, Seção 1, página 70, nº. 3.476/GM, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº. 160, de 21 de agosto de 1998, Seção 1, página 55, nº. 3.925/GM, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº. 22-E, 2 de fevereiro de 1999, Seção 1, página 23, nº. 223/GM, de 24 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº. 57, de 25 de março de 1999, Seção 1, página 15, nº. 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº. 221, de 19 de novembro de 1999, Seção 1, página 29, nº. 1.013/GM, de 8 de setembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº. 175-E, de 11 de setembro de 2000, Seção 1, página 33, nº. 267/GM, de 6 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº. 46, de 7 de março de 2001, Seção 1, página 67, nº. 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº. 163, de 23 de agosto de 2002, Seção 1, página 39, nº. 396/GM, de 4 de abril de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº. 104, de 2 de junho de 2003, Seção 1, página 21, nº. 673/GM, de

3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº. 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº. 674/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº. 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº. 675/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº. 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 45, nº. 2.081/GM, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº. 214, de 4 de novembro de 2003, Seção 1, página 46, nº. 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº. 15, de 23 de janeiro de 2004, Seção 1, página 55, nº. 1.432/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº. 157, de 16 de agosto de 2004, Seção 1, página 35, nº. 1.434/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº. 135, de 15 de julho de 2004, Seção 1, página 36, nº. 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº. 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº. 2.024/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº. 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº. 2.025/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº. 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 45, nº. 619/GM, de 25 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº. 78, de 26 de abril de 2005, Seção 1, página 56, nº. 873/GM, de 8 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº. 110, de 10 de junho de 2005, Seção 1, página 74 e nº. 82/SAS, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº. 128, de 8 de julho de 1998, Seção 1, página 62.

SARAIVA FELIPE

## POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

### CAPÍTULO I

#### Da Atenção Básica

##### 1 - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

## 2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

### 2.1 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

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

II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;

III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;

XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;

XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e

XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

### 2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;

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

III - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;

- IV - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;
- V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;
- VI - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;
- VII - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;
- VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;
- XI - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;
- XII - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios e ao Distrito Federal;
- XIII - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:
- a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;
  - b) comunicação ao Ministério da Saúde; e
  - c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB;
- XIV - assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;
- XV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios para o Ministério da Saúde, de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;
- XVI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;
- XVII - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;
- XVIII - assessorar municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;
- XIX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;
- XX - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;
- XXI - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; e
- XXII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do estado e do Distrito Federal.

### 2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

- I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;
- II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica – PAB fixo e variável;
- III - prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família;
- IV - estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica;
- V - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica;
- VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica;

VII - assessorar estados, municípios e o Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica;

VIII - analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

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

XII - monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite;

XIII - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional;

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

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

### 3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II - UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;

VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e,

VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

### 4 - DO CADASTRAMENTO DAS UNIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

O cadastramento das Unidades Básicas de Saúde será feito pelos gestores municipais e do Distrito Federal em consonância com as normas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 5 - DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

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

I - definição do território de atuação das UBS;

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e,

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

#### 6 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão 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.

#### 7 - DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os conteúdos mínimos da Educação Permanente devem priorizar as áreas estratégicas da Atenção Básica, acordadas na CIT, acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Devem compor o financiamento da Educação Permanente recursos das três esferas de governo acordados na CIT e nas CIBs.

Os serviços de atenção básica deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem de acordo com processos acordados na CIT e nas CIBs.

## CAPÍTULO II

### Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

#### 1 - PRINCÍPIOS GERAIS

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

#### 2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

Além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm as seguintes responsabilidades:

##### 2.1 Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;

II - definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;

III - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

IV - assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de

medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

V - realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; e

VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

#### 2.2 Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - estabelecer no Plano de Saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família;

III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS elaborada pelos municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;

VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos municípios;

VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;

IX - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF;

X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs; e

XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

#### 2.3. Compete ao Distrito Federal:

I - estabelecer, no Plano de Saúde do Distrito Federal, metas e prioridades para a Saúde da Família;

II - analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

III - responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos ao Distrito Federal; e

IV - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados.

#### 2.4 Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir e rever, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da Saúde da Família;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;

III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;

IV - articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente;



V - analisar dados de interesse nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos; e

VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será realizado a partir da população cadastrada no sistema de informação vigente.

### 3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

São itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família:

I - no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

II - no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

III - existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente:

a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e

b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica. São itens necessários à organização da implantação dessa estratégia:

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor;

II - a existência de um enfermeiro para até 30 ACS, o que constitui uma equipe de ACS;

III - o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais dedicadas à equipe de ACS pelo enfermeiro supervisor e pelos ACS;

IV - definição das micro-áreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas; e

V - o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002.

### 4. DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

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

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

As atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, ACS e enfermeiros das equipes PACS estão descritas no Anexo I.

#### 5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe.

Recomenda-se que:

I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;

II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.

Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.

#### 6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

I - O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes no Anexo II a esta Portaria. A proposta deve definir:

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

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

c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;

e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;

f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;

h) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

II - A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IV - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;

V - O município, com as equipes previamente credenciadas pelo estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;

VI - O Ministério da Saúde, os estados e os municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS; e

VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultra-som, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde.

### CAPÍTULO III

#### Do Financiamento da Atenção Básica

##### 1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite.

O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável.

O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

##### 2 - DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica.

O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Os recursos serão repassados em conta específica denominada “FMS – nome do município – PAB” de acordo com a normatização geral de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde.

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

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas, ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. As

Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Os municípios e o Distrito Federal deverão efetuar suas despesas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento).

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.

#### 2.1. Da parte fixa do Piso da Atenção Básica

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

Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes à população de municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados nesta Portaria podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites.

A parte fixa do PAB será calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população de cada município e do Distrito Federal e seu valor será publicado em portaria específica. Nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, será mantido o maior valor.

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

Os municípios que já recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares ao PSF, de acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da FUNASA, de acordo com Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, terão os valores correspondentes incorporados a seu PAB fixo a partir da publicação do teto financeiro do Bloco da Atenção Básica.

Ficam mantidas as ações descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

#### 2.2. Do Piso da Atenção Básica Variável

Os recursos do PAB variável são parte integrante do Bloco da Atenção Básica e terão sua utilização definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo das ações previstas nesta Política.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica, cujo financiamento global se dá em composição tripartite.

Para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e os municípios devem aderir às estratégias nacionais:

- I - Saúde da Família (SF);
- II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- III - Saúde Bucal (SB);
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Saúde Indígena (SI); e
- VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena – SI será regulamentada em portaria específica.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde no Sistema Penitenciário se dará em conformidade ao disposto na Portaria Interministerial nº. 1.777, de 9 de setembro de 2003.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios:

I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;

II - os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;

III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB se dará por meio do BBS/MS, da Internet, ou por disquete;

IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e

V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.

O número máximo de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, a cada ano, será definido em portaria específica, respeitando os limites orçamentários.

Os valores dos componentes do PAB variável serão definidos em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Equipe de Saúde da Família (ESF)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população / 2400.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou

II - estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; e

III - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

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

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde. Os municípios passarão a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, na respectiva competência financeira.

Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês de agosto do ano vigente.

O número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população IBGE/ 400.

Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana / 400 + população da área rural IBGE/ 280.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB, definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no cadastro de Equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, na respectiva competência financeira.

Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), quantas equipes estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Básica - Saúde da Família.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário;

II - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

Compensação de Especificidades Regionais

Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais serão definidos em Portaria Ministerial específica para este fim.

A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais será definida periodicamente pelas CIBs.

A CIB selecionará os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde enviarão a listagem de municípios com os valores e o período de transferência dos recursos pactuados nas CIBs ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que os valores sejam transferidos do FNS para os FMS.

### 3 - REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PAB

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

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses Planos por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

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, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção.

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

I - Cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para:

a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;

b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;

c) razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

II - Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%;

O Ministério da Saúde publicará anualmente, em portaria específica, os indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do PAB fixo.

### 4 - DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, por parte dos municípios e/ou do Distrito Federal, e na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros a equipes de Saúde da Família, a equipes de

Saúde Bucal e a de Agentes Comunitários de Saúde, com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

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

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

II - imprimir o relatório de produção, no caso de equipes de Saúde da Família, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

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

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

A Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

#### 5 - DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO PAB

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

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, a saber:

a) Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) - para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB;

b) Sistema de Informações Ambulatorial - SIA;

c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;

d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;

e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;

f) Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN; e

g) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI.

Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano.

II - Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

##### 5.1. Da suspensão do repasse de recursos do PAB variável

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos a equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

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

II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;

III - o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política.

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos, relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada como referência para a população cadastrada pelos ACS e/ou;

II - ausência de enfermeiro supervisor por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a legislação eleitoral impede a contratação de profissionais, nos quais será considerada irregular a ausência de profissional por e/ou;

III - ausência de ACS, por período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, e/ou;

IV - descumprimento da carga horária estabelecida nesta Política, para os profissionais.

#### 6 - DOS RECURSOS DE ESTRUTURAÇÃO

Na implantação das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades de Saúde de cada Equipe de Saúde da Família e para Equipes de Saúde Bucal, visando à melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde para o trabalho das equipes.

Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo de estruturação, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados aos Fundos de Saúde do Distrito Federal, do estado ou do município.

Em caso de redução do número de Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantadas anteriormente.

O Ministério da Saúde disponibilizará, a cada ano, recursos destinados à estruturação da rede básica de serviços de acordo com sua disponibilidade orçamentária. A CIT pactuará os critérios para a seleção dos municípios e/ou do Distrito Federal.

Para o ano de 2006 serão disponibilizados recursos aos municípios:

I - Que realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pelo CNRM; e

II - Que em suas Unidades Básicas de Saúde recebam alunos de Cursos de Graduação contemplados no PROSAUDE.

O Ministério da Saúde publicará portaria específica com o montante disponibilizado, a forma de repasse, a listagem de contemplados e o cronograma de desembolso.

Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

### ANEXO I

#### AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

##### 1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

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

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

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

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

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

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

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

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

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;



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

XII - participar das atividades de educação permanente; e

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

## 2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

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

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro-área;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua micro-área e manter os cadastros atualizados;

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

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº. 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

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

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF 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 - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e,

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

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e,

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

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

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

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

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

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

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

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

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

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

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

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

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

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

- III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- VI - organizar a agenda clínica;
- VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e,
- VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

ANEXO II  
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA  
Quadros Para Projetos de Implantação – ACS/SF/SB

Caracterização Geral

Nome ou nº da SF/SB.	Área geográfica de atuação (Nome do município / Bairro / Comunidade)	População estimada

Infra-Estrutura

Nome ou nº da ESF		Material Permanente			
		Existentes	Qtde.	A adquirir	Qtde.

Forma de contratação de recursos humanos

Profissional	Forma de recrutamento	Forma de seleção	Forma de contratação	Regime de trabalho
Médico				
Enfermeiro				
Auxiliar de enfermagem				
Agente comunitário de saúde				
Dentista				
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)				
Técnico em Higiene Dental (THD)				
Outros profissionais (especificar)				

Quadro de Metas das Ações em Áreas Estratégicas

Nome ou nº da ESF	Área estratégica de atuação	Ações propostas para a ESF	Quantitativo de ações programadas por ano, por ESF
	Saúde da Criança		
	Saúde da Mulher		
	Controle do Diabetes		
	Controle da Hipertensão		
	Eliminação da Hanseníase		
	Controle da Tuberculose		

	Saúde Bucal		
	Eliminação da desnutrição infantil		
	Promoção da saúde		
	Saúde do Idoso	-	-

Avaliação e acompanhamento das ações

Instrumento de Avaliação	Forma de acompanhamento proposta
SIAB	
Pacto de Atenção Básica	
Pacto de Gestão	
Outros (especificar)	

Quadro resumo de financiamento das áreas de implantação

Despesas	Despesas com pessoal	Despesas com material/manutenção.	Estruturação	TOTAL
Atual				
Proposta com SF/SB				

Receitas	Recursos municipais	Recursos estaduais	Incentivo Ministério da Saúde	TOTAL
Atual			PAB Fixo	
Proposta com SF/SB			?	

Definição das Referências na Média Complexidade

Ações de Referência	Nome e local da Unidade de Referência	Forma de Encaminhamento
Atendimentos especializados		
Atendimentos de urgência		
Exames de laboratório		
Radiodiagnóstico		
Ultra-sonografia		
Reabilitação		
Internação nas Clínicas Básicas		

ANEXO III  
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS – ANO \_\_\_\_\_  
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CÓDIGO IBGE: \_\_\_\_\_

COMPETÊNCIA: \_\_\_\_\_

TIPO DE INCENTIVO: CUSTEIO ( ) ADICIONAL ( ) ESF ( ) ACS ( ) ESB Mod. I ( ) ESB Mod II ( )

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: \_\_\_\_\_

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

NOME DOS PROFISSIONAIS	CATEGORIA PROFISSIONAL	REGISTRO PROFISSIONAL / IDENTIDADE

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

TIPO DE INCENTIVO: Identificar, inicialmente, se o incentivo é de custeio (aquele transferido mensalmente) ou é o adicional. Em seguida, marcar se é relativo a equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal, modalidade I ou II.

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

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

IDENTIDADE/ REGISTRO PROFISSIONAL: Informar, para o médico, enfermeiro e dentista, o registro profissional; e para os demais, digitar o número do documento de identidade.

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

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

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