



PROPOSTA DE DECRETO LEGISLATIVO Nº

PDL 246 /2017

(Dos Deputados **CELINA LEÃO, RAIMUNDO RIBEIRO e WELLINGTON LUIZ**)

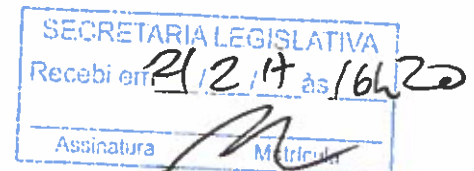
L I D O
Em. 21 / 2 / 17
Secretaria Legislativa

Susta os efeitos das Portarias nº 231, de 07 de outubro de 2016, nº 75, de 13 de fevereiro de 2017, nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 e nº 78 de 14 de fevereiro de 2017, todas da Secretaria de Estado de Saúde.

Art. 1º - Ficam sustados os efeitos da Portaria nº 231, de 07 de outubro de 2016, da Portaria nº 75, de 13 de fevereiro de 2017, da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 e da Portaria nº e 78 de 14 de fevereiro de 2017, que suprimem direitos dos servidores da Saúde e modifica a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, violando princípios consolidados nas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990.

Art. 2º - Este Decreto Legislativo entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO



O presente Projeto de Decreto Legislativo busca sustar os efeitos da Portaria nº 75, de 13 de fevereiro de 2017, da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, da Portaria nº 78 de 14 de fevereiro de 2017 e da Portaria nº 231, de 07 de outubro de 2016, todas da Secretaria de Saúde, as quais suprimem direitos dos servidores da Saúde e modifica a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, violando o princípio da eficiência.

A Lei Orgânica do Distrito Federal prevê em seu art. 60, inc. VI, que é competência privativa da Câmara Legislativa do Distrito Federal:

"VI – sustar os atos normativos do Poder Executivo que exorbitem do poder regulamentar, configurando crime de responsabilidade sua reedição;"





A iniciativa de o Deputado Distrital propor a sustação de atos normativos do Poder Executivo está prevista no art. 56, XV e parágrafo único, do Regimento Interno da Câmara Legislativa do Distrito Federal.

Destaca-se que a portaria 231, de 7 de outubro de 2016, que movimenta os servidores da atenção primária para atuarem nas emergências e UTI's, sem o devido treinamento, além de colocar em risco a população, torna insatisfatório o atendimento dos pacientes que já são atendidos nos centros de saúde. A medida provoca uma corrida às emergências para onde os profissionais foram alocados, em vez de estes procurarem as unidades de saúde, mais próxima de suas casas.

Na mesma linha, o Governador do Distrito Federal editou a Portaria 75/2017, que trata, entre outros temas, da remoção de servidores, de modo arbitrário, sem debater sobre o assunto com a carreira, nem tampouco com a população. Estas mudanças têm provocado casos de assédio moral e perseguição a servidores.

Tem se observado ainda que a reformulação da política de atenção primária à saúde do Distrito Federal proposta nas Portarias nº 77 e 78 de 2017, modifica substancialmente a prestação de serviços de saúde, violando o princípio da eficiência, causando grandes prejuízos para a população do Distrito Federal.

As Portarias transformam todos os Centros e Postos de Saúde em UBS (Unidades Básicas de Saúde), além do que, retiram as Gratificações de Incentivo às Ações Básicas e a GCET, previstas nas leis 318/92 e 2339/99. Tais medidas, propostas por Portaria, além de exorbitar do poder regulamentar, suprime direitos já garantidos em Lei, violando o princípio da hierarquia das normas.

Cabe ressaltar que a Portaria 77, que trata da reformulação da Política de Atenção Primária à Saúde do DF saúde e a 78, que regulamenta o art. 51 da Portaria 77, tem como base a Resolução 465 de 2016, do Conselho de Saúde do Distrito Federal, que em seu



art. 1º resolve "***Determinar que a Estratégia de Saúde da Família seja considerada como a estratégia prioritária da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF), sendo a responsável pelo reordenamento do modelo assistencial de saúde na rede pública de saúde do Distrito Federal.***"

Entretanto, nota-se que as decisões do Conselho de Saúde, que por sua vez, encontram total fundamento nas normas federais e distritais que tratam do tema, não foram levadas em consideração pelo Governo do DF ao publicar as Portarias mencionadas, tendo em vista que as ações adotadas pelo Executivo têm inviabilizado o atendimento da população nas Unidades de Saúde, hoje existentes.

Em primeira análise, depreende-se que as estratégias de atenção primária à saúde devem ser tratadas como prioritárias, entretanto, as ações do governo têm forte conotação de desmonte das unidades de saúde. Se o objetivo é atender a população, disponibilizando a ela mão-de-obra e local de atendimento suficientes, as ações adotadas pelo Governo colidem com o que se pretende, a saber, que a atenção primária seja prioritária e não, exclusiva.

Noutra linha, princípios fundamentais de assistência e promoção à saúde, consagrados na Lei Federal nº 8.080 de 1990 são frontalmente violados com a publicação das Portarias. Diz a Lei:

"Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

Assessoria Legislativa do Gabinete da Deputada Celina Leão



- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;**
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;**
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;**
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;**
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;**
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;**
- VIII - participação da comunidade;**
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:**
- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;**
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;**
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;**
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;**
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e**
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos."**



Desta forma, e nos termos dos dispositivos supramencionados, princípios elementares como universalidade, integralidade, participação da comunidade, entre outros, foram deixados à revelia no processo de construção das Portarias em comento.

É válido ressaltar ainda que, a Lei Federal nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, dispõe, entre outros temas, sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, assegura a participação dos Conselhos de Saúde na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Fato omitido pelo comando do Poder Executivo na edição das Portarias em tela.

Diante dos argumentos expostos, é que contamos com o apoio dos nobres pares para a aprovação da referida proposição.

Sala das sessões,

de 2017.


Deputada **CELINA LEÃO**


Deputado **WELLINGTON LUIZ**


Deputado **RAIMUNDO RIBEIRO**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PORTARIA Nº 231, DE 07 DE OUTUBRO DE 2016

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X do art. 448 do Regimento Interno da Secretaria de Estado do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013 e;

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

Considerando o art. 2º do Decreto nº 36.279, de 19 de janeiro de 2015, que declarou a situação de emergência no âmbito da Saúde Pública do Distrito Federal e determinou ao Secretário de Saúde que constitua força tarefa a fim de proceder à revisão das escalas dos servidores, podendo inclusive designar servidores para postos de atendimento emergencial, sem prejuízos de outras medidas, a fim de assegurar a eficiência na adoção de medidas administrativas tendentes a restabelecer a plena assistência à população;

Considerando o Decreto nº 36.613, de 16 de julho de 2016, publicado no DODF nº 11, de 18 de janeiro de 2016, que prorrogou a situação de emergência no âmbito da Saúde Pública do Distrito Federal;

Considerando a carência de profissionais para o atendimento de urgências e emergências, especialmente nas áreas de clínica médica, ginecologia, pediatria, medicina intensiva e enfermagem, em todos os hospitais e unidades de pronto de atendimento da rede de saúde do Distrito Federal, bem como o bloqueio de leitos de UTI motivados principalmente por falta de pessoal nas unidades, principalmente enfermeiros e técnicos em enfermagem;

Considerando a impossibilidade de nomeação de novos profissionais em número suficiente para atender a demanda da população do Distrito Federal e, em vista da superação dos limites de gastos com pessoal previstos na Lei Complementar nº 101, de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal);

Considerando a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sendo a responsável pelo reordenamento do modelo assistencial de saúde na rede pública de saúde do Distrito Federal;

Considerando que a cobertura populacional da estratégia de saúde da família é insuficiente para prestar assistência necessária no Distrito Federal;

Considerando que os serviços assistenciais de Pronto Socorro e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h) respondem por grande parte da demanda assistencial não absorvidas pela Atenção Primária em Saúde; RESOLVE:

Art. 1º Determinar que todos os servidores ocupantes dos cargos de médico - especialidade Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatra -, enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, lotados em unidades de saúde da atenção primária, deverão exercer parte de sua carga horária semanal nos serviços de urgência e emergência (Pronto Socorro e Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h) ou em Unidades de Terapia Intensiva, conforme os seguintes critérios:

I - no mínimo seis horas semanais para servidores com carga horária de 20 horas;

II - no mínimo doze horas semanais para servidores com carga horária de 40 horas.

§ 1º O disposto no caput inclui os servidores que exercem cargos em comissão e exclui os que compõem equipes de saúde da família (ESF), equipes de atenção básica (EAB), equipes de consultório na rua, equipes de atenção básica prisional e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);

§ 2º Deverão ser respeitadas as restrições laborais vigentes, desde que estejam devidamente registradas no SIGRH.

§ 3º Servidores com restrições laborais que impeçam a atuação em conformidade com o disposto nesta Portaria deverão ser designados para pronto atendimento de pacientes em unidades especialmente designadas pelo Superintendente de sua região de lotação, desde que não implique descumprimento da restrição vigente.

Art. 2º Para definição da unidade de destino indicada ao servidor para cumprimento da carga horária prevista no art. 1º, serão adotados os critérios de necessidade do serviço, devendo, sempre que possível, ser o profissional mantido na região de saúde de sua lotação.

Art. 3º O servidor deverá ser escalado para as atividades previstas no art. 1º preferencialmente de acordo com o horário de trabalho que pratica na unidade de origem.

Parágrafo único. Caso haja necessidade, o Superintendente da região de saúde de destino do servidor poderá determinar escala de trabalho diferente da vigente, informando à unidade de lotação do servidor, quando do envio da folha de ponto.

Art. 4º Os servidores serão alocados nos serviços de acordo com sua qualificação e experiência, que deverão ser consideradas pelo gestor local para estabelecer o perfil de risco e de gravidade dos pacientes que deverão atender;

§ 1º Somente profissionais com treinamento ou experiência em terapia intensiva poderão ser escalados como plantonistas em Unidades de Terapia Intensiva;

§ 2º A carga horária de outros profissionais lotados em serviços de urgência e emergência poderá ser remanejada, total ou parcialmente, para que atuem como plantonistas em UTI.

Art. 5º Caberá a cada Superintendente de região de saúde alterar, suspender e reanunciar escalas de trabalho nas unidades assistenciais, para fiel cumprimento do disposto nesta Portaria, apresentando à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, até o quinto dia útil de cada mês, relatório sobre a sua execução.

Parágrafo único. As alterações pactuadas deverão ser informadas à Subsecretaria de Gestão de Pessoas, para compatibilizar a nova escala de trabalho com os sistemas de controle de ponto.

Art. 6º Todos os servidores terão preservadas as gratificações segundo seu local de lotação.

Art. 7º Após o início das atividades em conformidade com o art. 1º, a EAPSUS/FEPECS oferecerá treinamento para atualização e aperfeiçoamento em urgências e emergências dos servidores submetidos ao disposto nesta Portaria.

Art. 8º Este regime especial de trabalho vigorará por 180 (cento e oitenta) dias, podendo ser prorrogado por igual período.

Art. 9º Durante o período previsto nesta Portaria, fica proibida a movimentação de servidores de unidades hospitalares ou de pronto atendimento para unidades básicas de saúde, salvo para a estratégia de saúde da família ou mediante autorização prévia do Secretário de Estado de Saúde, após justificativa da área técnica.

Art. 10. Revoga-se a Portaria nº 61, de 29 de abril de 2016.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

b) Processo n.º 040.003.542/2009, Tributo ISS, RV 166/2014, Recorrente CONGREGAÇÃO DAS FILIAS DE NOSSA SENHORA DO MONTE CALVÁRIO - COLÉGIO SANTA ROSA, Advogado Erich Endrillo Santos Simas e/ou, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Marcos Vinicius Witeczak, Relator Conselheiro James Alberto Vitorino de Sousa.

c) Processo n.º 046.001.987/2013, Tributo ITCD, RV 303/2015, Recorrente EDUARDO ALVES PEREIRA, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Marcos Vinicius Witeczak, Relator Conselheiro James Alberto Vitorino de Sousa.

Representação Fazendária na sessão: Procurador Marcos Vinicius Witeczak

Faço público, de ordem do Exmo. Sr. JOSÉ HABLE, Presidente do Tribunal Administrativo de Recursos Fiscais do Distrito Federal (TARF), sediado no SAIN, Projção II, Edifício Sede - CODEPLAN - 2.º andar, Plenário, que constam da Pauta da Sessão de Julgamento da 1.ª Câmara do TARF, que se realizará no dia 20 de outubro de 2016, quinta-feira, às dezesseis horas, o(s) seguinte(s) feito(s), PARA INÍCIO DE JULGAMENTO:

a) Processo n.º 045.000.795/2013, Tributo ICMS, RV 204/2014, Recorrente ROBSON MECHINI NUNES, Advogado Victor Peirin, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Marcos Vinicius Witeczak, Relator Conselheiro Alexander Andrade Leite.

b) Processo n.º 040.002.732/2009, Tributo ICMS, ED 010/2016, Recorrente RF COMÉRCIO DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS LTDA. - ME, Advogado Adriano Martins Ribeiro Cunha e/ou, Recorrida 2ª Câmara do TARF, Representante da Fazenda Procuradora Juliana Tavares Almeida, Relator Conselheiro Jurez Boaventura da Silva.

Representação Fazendária na sessão: Procurador Marcos Vinicius Witeczak

Brasília/DF, 10 de outubro de 2016.

CELY M. T. CURADO
Gerente GESAP/TARF

PAUTA DE JULGAMENTO DA 1ª CÂMARA

Faço público, de ordem do Exmo. Sr. JOSÉ HABLE, Presidente do Tribunal Administrativo de Recursos Fiscais do Distrito Federal (TARF), sediado no SAIN, Projção II, Edifício Sede - CODEPLAN - 2.º andar, Plenário, que constam da Pauta da Sessão de Julgamento da 1.ª Câmara do TARF, que se realizará no dia 20 de outubro de 2016, quinta-feira, às quatorze horas, o(s) seguinte(s) feito(s), PARA INÍCIO DE JULGAMENTO:

a) Processo n.º 127.004.734/2013, Tributo ITCD, RV 187/2015, Recorrente CARLOS BARROSO MARTINS, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relator Conselheiro Rudson Domingos Bueno.

b) Processo n.º 127.000.369/2014, Tributo ITCD, RV 166/2016, Recorrente PLÍNIO RODRIGUES LIMA, Advogada Liliane Vieira Mendes e/ou, Recorrida Subsecretaria da Receita, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relatora Conselheira Córdélia Cerqueira Ribeiro.

Representação Fazendária na sessão: Procurador Márcio Wanderley de Azevedo

Brasília/DF, 10 de outubro de 2016.

CELY M. T. CURADO
Gerente GESAP/TARF

PAUTAS DE JULGAMENTO DO TRIBUNAL PLENO

Faço público, de ordem do Exmo. Sr. JOSÉ HABLE, Presidente do Tribunal Administrativo de Recursos Fiscais do Distrito Federal (TARF), sediado no SAIN, Projção II, Edifício Sede - CODEPLAN - 2.º andar, Plenário, que constam da Pauta da Sessão de Julgamento do TRIBUNAL PLENO do TARF, que se realizará no dia 19 de outubro de 2016, quarta-feira, às quatorze horas, o(s) seguinte(s) feito(s), PARA INÍCIO DE JULGAMENTO:

a) Processo n.º 040.003.952/2007, Tributo ICMS (Contencioso), ED 015/2016, Recorrente GEP INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA., Recorrido PLENO DO TARF, Advogado Edegar Stecker e/ou, Relator Conselheiro Juvenil Martins de Menezes Filho.

b) Processo n.º 125.000.146/2016, TLP (Isenção), RJV 067/2016, Recorrente EMBAIXADA DA REPÚBLICA ISLÂMICA DO PAQUISTÃO, Recorrida Subsecretaria da Receita, Relator Conselheiro Rudson Domingos Bueno.

c) Processo n.º 127.011.848/2014, Tributo ITCD (Isenção), RJV 097/2016, Recorrente EDITE CANDIDA DA SILVA, Recorrida Subsecretaria da Receita, Relator Conselheiro Carlos Daisuke Nakata.

d) Processo n.º 040.003.820/2012, Tributo ICMS (Isenção), RJV 091/2016, Recorrente SOCIEDADE DE TRANSPORTES COLETIVOS DE BRASÍLIA-TCB, Recorrida Subsecretaria da Receita, Relator Conselheiro Jurez Boaventura da Silva.

e) Processo n.º 046.000.063/2016, Tributo IPVA (Isenção), RJV 113/2016, Recorrente EDUARDO HENRIQUE QUEIROZ DE SOUZA, Recorrida Subsecretaria da Receita, Relatora Conselheira Córdélia Cerqueira Ribeiro.

Representante da Fazenda na sessão: Procurador Márcio Wanderley de Azevedo

Faço público, de ordem do Exmo. Sr. JOSÉ HABLE, Presidente do Tribunal Administrativo de Recursos Fiscais do Distrito Federal (TARF), sediado no SAIN, Projção II, Edifício Sede - CODEPLAN - 2.º andar, Plenário, que constam da Pauta da Sessão de Julgamento do TRIBUNAL PLENO do TARF, que se realizará no dia 21 de outubro de 2016, sexta-feira, às quatorze horas, o(s) seguinte(s) feito(s), PARA PROSEGUIMENTO DE JULGAMENTO:

a) Processo n.º 040.001.330/2007, Tributo ICMS (Contencioso), RE 020/2015, Recorrente MMC AUTOMOTORES DO BRASIL LTDA., Advogado Julio Cesar Soares e/ou, Recorrida 1.ª Câmara do TARF, Representante da Fazenda Procurador Márcio Wanderley de Azevedo, Relator Conselheiro James Alberto Vitorino de Sousa, (OS AUTOS ESTAVAM COM VISTA AO CONS. ADALBERTO PINTO DE BARROS NETO) PARA INÍCIO DE JULGAMENTO

b) Processo n.º 129.000.334/2016, Tributo IPVA (Restituição), RJV 080/2016, Recorrente LUIS AUGUSTO PACHECO DE ARAÚJO, Recorrida Subsecretaria da Receita, Relator Conselheiro Juvenil Martins de Menezes Filho.

c) Processo n.º 127.001.565/2016, Tributo ICMS (Isenção), RJV 103/2016, Recorrente DENIS AUGUSTO DE FARIA MACEDO, Recorrida Subsecretaria da Receita, Relatora Conselheira Córdélia Cerqueira Ribeiro.

d) Processo n.º 046.000.744/2016, Tributo IPVA (Isenção), RJV 120/2016, Recorrente EVA PEREIRA DA SILVA, Recorrida Subsecretaria da Receita, Relator Conselheiro Jurez Boaventura da Silva.

e) Processo n.º 040.001.826/2015, Tributo ISS (Restituição), RJV 034/2016, Recorrente CALANDRA SOLUÇÕES S/A, Advogado Rodrigo Santos Perego, Recorrida Subsecretaria da Receita, Relator Conselheiro Rudson Domingos Bueno.

Representante da Fazenda na sessão: Procurador Márcio Wanderley de Azevedo

Brasília/DF, 10 de outubro de 2016.

CELY M. T. CURADO
Gerente GESAP/TARF

5190, o que contraria o inciso V, b do artigo 1º da Lei 4.727/2011. O (s) interessado (s) tem (têm) o prazo de 30 (trinta) dias, contado da ciência, para recorrer da presente decisão, sem efeito suspensivo, ao Tribunal Administrativo de Recursos Fiscais - TARF, conforme o disposto no art. 98, do Decreto nº 33.269/2011.

REGINALDO LIMA DE JESUS

DESPACHO DE INDEFERIMENTO Nº 22, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2017.

IPVA - Veículo Novo.

O GERENTE DA AGÊNCIA DE ATENDIMENTO DA RECEITA DO GAMA, DA COORDENAÇÃO DE ATENDIMENTO AO CONTRIBUINTE, DA SUBSECRETARIA DA RECEITA, DA SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições regimentais previstas no Decreto nº 35.565, de 25/06/2014, e no uso da delegação de competência conferida pela Ordem de Serviço SUREC nº 86, de 04/12/2015, observada a Ordem de Serviço COATE/SUREC nº 21, de 02/07/2014, alterada pela Ordem de Serviço COATE/SUREC nº 33, de 19/12/2014, e com fundamento na Lei nº 4.733, de 29 de dezembro de 2011, DECIDE: INDEFERIR o pedido de isenção do imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA adquirido no exercício de 2016, para o veículo relacionado na seguinte ordem: PROCESSO. INTERESSADO, CNPJ, PLACA, EXERCÍCIO, MOTIVO DO INDEFERIMENTO: 127.000.437/2017, R2 RADIODIFUSÃO TELECOMUNICAÇÕES LTDA ME, 05.613.242/0001-74, PAX 2500, 2016, o veículo foi adquirido de estabelecimento revendedor não estabelecido no Distrito Federal, contrariando o §1º do inciso I do art. 2º da Lei 4.733/2011. O interessado tem o prazo de 30 (trinta) dias, contado da ciência, para recorrer da presente decisão, sem efeito suspensivo, ao Tribunal Administrativo de Recursos Fiscais - TARF, conforme disposto no art. 98, do Decreto nº 33.269/2011.

REGINALDO LIMA DE JESUS

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PORTARIA Nº 74, DE 25 DE JANEIRO DE 2017.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do artigo 448 do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 34.213, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, e considerando o Parecer nº 447/2016 - PRCON/PGDF, a Nota Técnica nº 1010/2016 - AJL/SES, bem como o constante no Processo nº 060.014.769/2013, RESOLVE:

Art. 1º Revogar a Portaria Gab/SES-DF de 14/04/2014, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal nº 76, de 15/04/2014.

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

PORTARIA Nº 75, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2017.

Dispõe sobre Norma para remoção dos servidores da Carreira da Secretaria de Estado de Saúde e dá outras providências. O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do Artigo 448, do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 34.123, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, RESOLVE:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Regulamentar os critérios estabelecidos na Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011, para remoção de servidores integrantes das carreiras da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Art. 2º Atribuir à Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP a responsabilidade pela aplicação, operacionalização e controle desta norma.

Art. 3º Para efeito desta norma entende-se por:

I - Lotação - unidade orgânica à qual o servidor está vinculado e exerce suas atividades laborais.

II - Remoção - é o deslocamento da lotação do servidor, na mesma unidade orgânica, autarquia ou fundação e na mesma carreira, de uma localidade para outra.

a-Remoção interna: ocorre quando a movimentação do servidor se dá no âmbito da Superintendência de Saúde, Unidade de Referência ou da Administração Central, ficando a deliberação a cargo do Superintendente, do Diretor da Unidade de Referência e da Diretoria de Administração de Profissionais - DIAP/SUGEP, respectivamente;

b-Remoção externa: ocorre quando a movimentação do servidor se dá entre Superintendências de Saúde distintas, entre uma Superintendência de Saúde e uma Unidade de Referência, ou entre uma Superintendência de Saúde/Unidade de Referência e a Administração Central, ficando a deliberação a cargo do titular da Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP.

Parágrafo Único. Para efeitos desta norma considera-se unidade orgânica:

I - As Superintendências Regionais de Saúde;

II - As Unidades de Referências: Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF, Hospital de Apoio de Brasília - HAB e Hospital São Vicente de Paulo - HSVP;

III - Administração Central: Gabinete da Secretaria, Assessoria Jurídico-Legislativa, Assessoria de Comunicação Social, Ouvidoria da Saúde, Assessoria Gestão Participativa e Relações Institucionais, Corregedoria, Unidade de Controle Interno, Coordenação de Tecnologia da Informação e Subsecretarias, inclusive o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU e o Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN, vinculados à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde - SAIS e Subsecretaria de Vigilância à Saúde - SVS, respectivamente.

Art. 4º A remoção se classifica em dois tipos:

I - A critério da Administração (ex officio);

II - A pedido do servidor, nas seguintes formas:

a-por permuta;

b-por motivo de saúde;

c-por risco justificado à integridade física, por motivo de ameaça de crime ou por determinação judicial;

d-por exoneração de Cargo de Natureza Especial.

§ 1º As remoções a pedido do servidor que não se enquadrarem nos tipos acima só poderão ser atendidas por meio do Concurso de Remoção.

CAPÍTULO II

DAS FORMAS DE REMOÇÃO

Seção I

Da Remoção a Critério da Administração

Art. 5º A remoção a critério da Administração (ex officio) ocorrerá, ainda que sem a anuência do servidor e de sua chefia imediata, para atender às necessidades do serviço e exigências das unidades de referência, nas situações não comportadas pelo Concurso de Remoção, devendo ser indicados os motivos justificadores.

Seção II

Da Remoção por Permuta

Art. 6º A permuta poderá ocorrer entre dois ou mais servidores de mesmo cargo/especialidade e mesma carga horária, substituindo um ao outro, mediante autorização prévia das respectivas chefias imediatas e do Superintendente, Diretor-Geral ou Secretário a que a unidade de lotação dos servidores interessados se subordina.

§ 1º O servidor removido por permuta só poderá pleitear nova remoção dessa modalidade após o prazo de 01 (um) ano.

§ 2º Uma vez efetivada a remoção por permuta, o ato não poderá ser tomado sem efeito.

Seção III

Da Remoção por Motivo de Saúde

Art. 7º Dar-se-á a remoção por motivo de saúde a partir da avaliação da capacidade laborativa do servidor pelo Núcleo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho de sua unidade de lotação.

§ 1º O laudo de avaliação da capacidade laborativa deverá indicar a natureza do serviço que o servidor possa e não executar, para fins de remoção interna, nos termos do art. 3º, inciso II, alínea a, e poderá culminar no indeferimento da solicitação, em emissão de restrição laborativa temporária, restrição laborativa permanente com indicação de readaptação funcional, remoção interna ou externa por motivo de saúde ou aposentadoria por invalidez.

§ 2º Os laudos sem informação suficiente, nos termos do § 1º, serão devolvidos ao elaborador, para complementação.

§ 3º Em caso de deferimento do pedido de remoção interna ou externa por motivo de saúde, a movimentação ficará condicionada à existência de vaga no local pretendido e à possibilidade de atendimento às restrições laborativas.

§ 4º Em caso de solicitação de recurso da decisão emitida pelo NSHMT, após a reconsideração, o servidor será avaliado por Junta de Perícia Médica da Secretaria de Estado de Saúde ou da Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, da Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão - SUBSAÚDE/SEPLAG.

§ 5º A remoção externa por motivo de saúde acontecerá tão somente após esgotadas as possibilidades de manutenção do servidor em sua lotação atual, respeitada a avaliação de capacidade laborativa exarada pelo NSHMT de origem.

§ 6º Uma vez efetivada a remoção por motivo de saúde, o ato não poderá ser tomado sem efeito.

Seção IV

Da Remoção por Risco à Integridade ou por Motivo de Ameaça de Crime

Art. 8º A remoção por risco à integridade física ou por motivo de ameaça de crime ocorrerá tão somente enquanto perdurar a ameaça, comprovada por meio de Boletim de Ocorrência, registros da unidade e relatório da Chefia Imediata, observando-se a existência de vaga e a necessidade da Administração Pública.

Seção V

Da Remoção por Exoneração de Cargo de Natureza Especial

Art. 9º O servidor que ocupar Cargo de Natureza Especial por mais de um ano, exceto aqueles de assessoria, poderá, quando de sua exoneração, no prazo de 10 (dez) dias, optar por retornar à sua unidade origem ou solicitar sua remoção para outra Região de Saúde, Unidade de Referência Distrital ou Administração Central, desde que haja disponibilidade de vaga e necessidade do serviço, considerando as atribuições de seu cargo efetivo, devendo sua unidade de lotação ser definida pelo Superintendente da Região de Saúde, Diretor-Geral da Unidade de Referência ou pela SUGEP.

CAPÍTULO III

DO CONCURSO DE REMOÇÃO

Art. 10. O Concurso de Remoção destina-se aos servidores efetivos, das Carreiras pertencentes à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, com no mínimo 1 (um) ano de efetivo exercício.

Art. 11. É assegurado tratamento preferencial aos servidores com necessidades especiais ou que tenham dependentes nessa situação, no sentido de que permaneçam no local mais próximo possível de suas residências ou dos locais de tratamento e recuperação, previstos na Lei Distrital nº 4.317, de 09 de abril de 2009.

Art. 12. Para efeito desta Portaria, cabe à SUGEP apresentar as informações relativas ao número de vagas existentes e necessárias em cada lotação, na ocasião da publicação do edital do Concurso de Remoção.

Setor Protocolo Legislativo

RD L Nº 246 / 2017

Folha Nº 07 Paula

Art. 13. A remoção por concurso será realizada anualmente, desde que o atual quadro funcional possibilite a realização de remoções, com publicação de edital, preferencialmente, no primeiro semestre, divulgado no DODF pela SUGEP.

§ 1º O procedimento de que trata o caput deste artigo competirá ao titular da Subsecretaria de Gestão de Pessoas.

§ 2º A cada certame será instituída uma Comissão Específica, indicada pela SUGEP, para operacionalizar o concurso em suas etapas, profissionais com conhecimento e competência, com acesso a ferramentas de trabalho que possibilitem eficiência e eficácia na execução dos trabalhos.

Art. 14. O edital deverá conter a Ordem de Serviço de designação da Comissão organizadora, locais de inscrição, os critérios de pontuação e desempate, recursos e prazos.

Art. 15. O servidor removido por meio do Concurso de Remoção não poderá solicitar que se torne o ato sem efeito.

Art. 16. As unidades orgânicas terão até 15 (quinze) dias para apresentar o servidor, a contar da data de assinatura da Ordem de Serviço.

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Fica vedado às chefias imediatas, Superintendências de Saúde e Unidades de Referência Distrital a autorização de permanência de servidor já removido em sua antiga lotação, bem como outros atos decorrentes de tal atitude, tais como: justificar e atestar a folha de ponto ou registro de frequência; autorizar o uso de folha de ponto manual; conceder abonos, férias e demais afastamentos legais; inclusão do servidor em escalas de serviço e de horas extras, sendo tais atos sujeitos à apuração e responsabilização administrativa, nos termos da Lei Complementar nº. 840/2011 e demais normas aplicáveis, sem prejuízo das medidas civis e penais.

Art. 18. O disposto nesta Portaria não se aplica aos servidores temporários, com exceção da possibilidade de remoção por necessidade do serviço, desde que observados os critérios estabelecidos na presente norma.

Art. 19. Os casos omissos serão deliberados pelo Secretário de Estado de Saúde.

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

Art. 21. Ficam revogadas a Portaria nº 179, de 09 de julho de 2013, publicada no DODF nº 24, de 11 de julho de 2013, e a Portaria nº. 259, de 22 de dezembro de 2014, publicada no DODF nº. 272, de 30 de dezembro de 2014.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA

INSTRUÇÃO Nº 23, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2017.

A DIRETORA PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA, no uso das atribuições que lhe confere o inciso XII, do artigo 23, do Estatuto aprovado pelo Decreto nº 34 539, de 31 de julho de 2013, e considerando o contido na Lei nº 3.184, de 29 de agosto de 2003, RESOLVE:

Art. 1º Tornar Público o demonstrativo de despesas com publicidade e propaganda referente ao quarto trimestre de 2016, na forma do Anexo Único.

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

MIRIAM DAISY CALMON SCAGGION

ANEXO ÚNICO

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS COM PUBLICIDADE E PROPAGANDA DA FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA REFERENTE AO QUARTO TRIMESTRE DE 2016

Finalidade	Importância	Beneficiário	Recursos Disponíveis
Publicidade e Propaganda	R\$ 6.257,46	EBIC - Empresa Brasil de Comunicação S/A	-
Publicidade e Propaganda	R\$ 311,52	ECAD - Escritório Central de Arrecadação e Distribuição	-
Publicidade e Propaganda	R\$ 36.810,00	Governo do Distrito Federal - DODF	-
TOTAL	R\$ 43.378,98		R\$ 219.833,90

SECRETARIA DE ESTADO DE MOBILIDADE

SOCIEDADE DE TRANSPORTES COLETIVOS DE BRASÍLIA LTDA

RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA

DATA: 09/02/2017 REUNIÃO ORDINÁRIA Nº 1307 PROCESSO Nº (SI): 095.001.128/2015 INTERESSADOS: SOCIEDADE DE TRANSPORTE COLETIVO DE BRASÍLIA LTDA - TCB. REFERENTE: CONTRATAÇÃO DE PESSOAL CELEBRAÇÃO CONTRATO FUNAP/DF. MÃO DE OBRA (DIVERSAS). DECISÃO: A DIRETORIA COLEGIADA DA SOCIEDADE DE TRANSPORTES COLETIVOS DE BRASÍLIA LTDA, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Cláusula Vigésima-Segunda do Consolidado do Contrato Social, e considerando o teor do despacho do Executor do Contrato nº 02/2016 inserido às folhas nº 141 a 144; Considerando o despacho da Assessoria Jurídica da TCB, que orienta com relação ao não aditamento contratual, mas a celebração de novo contrato, inserido à folha nº 152 dos autos; Considerando o Ofício nº 23/2017, de 03 de fevereiro de 2017, encaminhado à FUNAP pela TCB, em, juntado aos autos, e considerando o Ofício nº 126/2017-NUCONV/DIREX/FUNAP-DF, de 06 de fevereiro de 2017, considerando, por último, a oportunidade de se firmar novo contrato,

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/acervo/consulta.html>, pelo código 50012017021400006

RESOLVE:

Art. 1º Ratificar, nos termos do artigo 26, da Lei nº 8.666/93, o ato do Diretor Presidente da TCB referente à contratação da Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso do Distrito Federal - FUNAP/DF, CNPJ: 03.495.108/0001-90, Instituição Dedicada à Recuperação Social do Preso, com dispensa de licitação com fulcro no art. 24, inciso XIII, da Lei nº 8.666/93, para fornecimento de mão de obra não especializada, de 10 (dez) sentenciados do Regime Aberto, Semiaberto e aqueles sujeitos as Medidas de Segurança, para execução de tarefas de baixa complexidade estabelecidas no Projeto Básico inserido nos autos, pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por períodos sucessivos, totalizando 60 (sessenta) meses, pelo valor anual estimado de R\$ 214.456,80 (duzentos e quatorze mil quatrocentos e cinquenta e seis reais e oitenta centavos), e mensal de R\$ 17.871,40 (dezesete mil oitocentos e setenta e um reais e quarenta centavos).

Art. 2º Encaminhar o processo para Assessoria Jurídica - ASJUR para elaboração de respectivo Contrato.

Art. 3º Encaminhar os autos ao Diretor Presidente da TCB, para providenciar a publicação desta Resolução na imprensa oficial, como condição para eficácia dos atos e adoção das providências decorrentes.

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

Relator: CARLOS ARTUR HAUSCHILD, Diretor Presidente. CARLOS ARTUR HAUSCHILD, Diretor Presidente; JUACI MACEDO CORREA, Diretor Técnico e ROBERTO MEDEIROS SANTOS, Diretor Administrativo e Financeiro.

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

PORTARIA Nº 46, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2017.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Decreto nº 31.195, de 21 de dezembro de 2009, RESOLVE: TORNAR SEM EFEITO a Portaria nº 44, de 09 de fevereiro de 2017, da Secretaria de Educação do Distrito Federal, publicada no DODF nº 30, de 10 de fevereiro de 2017, página 04, que dispõe sobre normas para contratação temporária de professor substituto para atender à necessidade de excepcional interesse público na Rede Pública de Ensino do Distrito Federal e dá outras providências, por ter sido publicada em duplicidade.

JÚLIO GREGÓRIO FILIJO

CORREGEDORIA

ORDEM DE SERVIÇO Nº 31, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2017.

A CHEFE DA CORREGEDORIA DE EDUCAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe foram delegadas pelo inciso I, do artigo 1º da Portaria nº 413, de 06 de dezembro de 2016, publicada no DODF nº 229, de 7 de dezembro de 2016, p. 35, RESOLVE:

Art. 1º Acolher Integralmente o Relatório Final da Comissão Processante designada para apuração dos fatos constante do Processo nº 080.010755/2014.

Art. 2º Determinar o Arquivamento dos autos.

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

MÔNICA MARIA CUNHA GONDIM

ORDEM DE SERVIÇO Nº 32, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2017.

A CHEFE DA CORREGEDORIA DE EDUCAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe foram delegadas pelo inciso I, do artigo 1º da Portaria nº 413, de 06 de dezembro de 2016, publicada no DODF nº 229, de 7 de dezembro de 2016, p. 35, RESOLVE:

Art. 1º Prorrogar o prazo para a conclusão do Processo Disciplinar nº 080.010440/2014, por 60 (sessenta) dias, a contar de 18 de fevereiro de 2017, conforme artigo 217, Parágrafo Único, da Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011.

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

MÔNICA MARIA CUNHA GONDIM

RETIFICAÇÃO

Na Ordem de Serviço no 28, de 07 de fevereiro de 2017, publicada no DODF nº 29, de 9 de fevereiro de 2017, p. 10, ONDE SE LÊ: "...a contar de 14 de setembro de 2016...", LEIASE: "...a contar de 14 de fevereiro de 2017...".

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PORTARIA Nº 77, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017

Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o art. 105 da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, bem como o art. 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências; considerando o Decreto nº 7.508, da Presidência da República, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; considerando a Portaria nº 2.488, do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); considerando a Portaria nº 1.412, do Ministério da Saúde, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); considerando a Portaria nº 4.279, do Ministério da Saúde, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); considerando a Portaria nº 971, do Ministério da Saúde, de 03 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); considerando a Portaria nº 687, do Ministério da Saúde, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde; considerando a Lei nº 4.990, de 12 de dezembro de 2012, do Distrito Federal que regula o acesso a informações no Distrito Federal previsto no art. 5º, XXXIII, no art. 37, § 3º, II, e no art. 216, § 2º, da Constituição Federal e nos termos do art. 45, da Lei federal nº 1.378, do Ministério da Saúde, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; considerando a Portaria nº 344, do Ministério da Saúde, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial; considerando a Portaria nº 1.082, do Ministério da Saúde, de 23 de maio de 2014, que redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade; considerando a Portaria Interministerial nº 1.777, do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, de 9 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário; considerando a Portaria nº 2.866, do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta; considerando a Portaria nº 825, do Ministério da Saúde, de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas; considerando a Portaria nº 3.124, do Ministério da Saúde, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências; considerando a Portaria nº 703, do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011, retificada no Diário Oficial da União de 22 de dezembro de 2011 e republicada no DOU de 15 de dezembro de 2012, que estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF); considerando a Portaria nº 1.600, do Ministério da Saúde, de 7 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS); considerando a Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013, que redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde; considerando a Portaria nº 250, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, de 17 de dezembro de 2014, que dispõe sobre normas técnicas e administrativas, relacionadas à prescrição e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde da Assistência Farmacêutica Básica, no âmbito da SES-DF; considerando o aprovado pela 15ª Conferência Nacional de Saúde; considerando a Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 465/2016 homologada em 04 de outubro de 2016 e publicada no DODF de 24/10/2016, p.8; considerando a necessidade de redefinir normas e diretrizes visando maior homogeneidade na organização e estruturação da Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, resolve:

Capítulo I
DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 1º A Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF), passa a ser regida por esta Portaria.

Art. 2º A Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada atenção básica à saúde, é o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde, desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade.

§ 1º A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada e de contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e tem como funções principais a resolução da maioria dos problemas de saúde da população, a organização dos fluxos e contrafluxos entre os diversos pontos de atenção à saúde e a responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer dos pontos de atenção em que se encontrem.

§ 2º A Atenção Primária à Saúde deve ser oferecida a todas as pessoas de acordo com suas necessidades, proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual ou funcional, com estratégias que permitam minimizar desigualdades e evitar exclusão social de grupos que sofrem estigmatização ou discriminação.

Art. 3º São princípios da Atenção Primária à Saúde:

- I - Acesso: os serviços da Atenção Primária devem ser estruturados física e organizacionalmente para serem conhecidos da população e percebidos pelos usuários como facilmente disponíveis para todos que deles necessitem, de forma a estimular sua utilização como primeiro e principal contato com o sistema de saúde;
 - II - Longitudinalidade: a Atenção Primária deve continuamente acompanhar os ciclos de cuidado ao longo da vida das pessoas e de suas famílias, fortalecendo o vínculo entre a população e sua equipe, e exercendo vigilância sobre fatores que possam influenciar as condições de saúde, de forma a reduzir o número de agravos e estabelecer condutas personalizadas no exercício da assistência;
 - III - Integralidade: os usuários devem receber todos os tipos de atenção no sistema de saúde, a maioria dos quais deve ser ofertada pela própria Atenção Primária, que também é responsável pelo encaminhamento e acompanhamento corresponsável no caso de necessidade de assistência em outros níveis de atenção;
 - IV - Coordenação do Cuidado: as equipes de Atenção Primária são responsáveis pelo direcionamento e acompanhamento dos usuários em todos os níveis de atenção à saúde;
 - V - Centralização na Família: necessidade de conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e de seus problemas, propiciando intervenções personalizadas partindo da compreensão da estrutura familiar;
 - VI - Orientação Comunitária: a Atenção Primária deve ser direcionada para as relações entre os indivíduos e o ambiente em que se inserem, como determinantes do seu processo de saúde-doença, que devem ser levadas em consideração na definição de condutas individualizadas em harmonia com a realidade social e de intervenções realizadas na população atendida.
- Art. 4º Saúde da Família é a estratégia de orientação do modelo de Atenção Primária à saúde baseada em equipes multiprofissionais de composição mínima pré-estabelecida, que atuam em unidades básicas de saúde e são responsáveis por uma população definida, localizada em uma área geográfica delimitada, proporcionando atenção integral com fortalecimento do vínculo, foco na pessoa e alta resolutividade.
- Art. 5º A Estratégia Saúde da Família será realizada com base nas seguintes diretrizes:
- I - Acolhimento: ato de receber e escutar as pessoas que procuram as unidades de saúde, como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, devendo ocorrer sempre, em qualquer contato do cidadão com a unidade de saúde, independentemente do motivo da busca pelo serviço;
 - II - Classificação de Risco: processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada, utilizando critérios clínicos e de vulnerabilidade;
 - III - Resolutividade: as equipes são responsáveis por resolver 85% ou mais das demandas de saúde da população dentro da Atenção Primária, buscando capacitar-se continuamente e buscar instrumentos para exercer as competências indispensáveis para atender sua população de forma integral, em função de seu perfil social e epidemiológico, e direcionando os pacientes a outros níveis de atenção à saúde somente quando estritamente necessário;
 - IV - Territorialização: metodologia utilizada para definir a abrangência de atuação dos serviços para adequar o modelo assistencial ao perfil populacional, com base no reconhecimento do território, considerando as relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde;
 - V - Adesão da clientela: cada equipe deve promover o cadastramento e o acompanhamento da população sob sua responsabilidade, por meio de ações na unidade de saúde, na comunidade ou em visitas domiciliares, utilizando as informações para o planejamento de seu trabalho e para o desencadeamento de ações de outros níveis de atenção;
 - VI - Garantia de acesso: a organização do trabalho das equipes deve ser feita de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, de modo e no tempo adequados às suas necessidades, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantido o acolhimento em qualquer hipótese mesmo para a população não aderente, que deve, no mínimo, ser ouvida, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento;
 - VII - Orientação da rede de saúde: as equipes devem conhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, cabendo-lhes ordenar a demanda em relação aos outros pontos de atenção à saúde, organizando os fluxos da atenção ou do cuidado e contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Capítulo II
DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA
Seção I
Das Equipes

Art. 6º A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal será organizada nas seguintes modalidades de serviço:

- I - Equipe de Saúde da Família (eSF): equipe de saúde responsável por um território determinado de até 4000 pessoas, composta por um Médico de Família e Comunidade (40 horas), enfermeiro (40 horas), 40 a 80 horas de técnicos de enfermagem (no mínimo um profissional de 40 horas) e até seis agentes comunitários de saúde;
- II - Equipe de Saúde Bucal (eSB): equipe de saúde responsável por um território equivalente no máximo ao de duas equipes de saúde da família, composta por um odontólogo (40 horas) e um técnico em saúde bucal (40 horas);
- III - Equipe de Saúde da Família Rural (eSF/Rural): equipe de saúde da família responsável pelo atendimento integral à população do campo e da floresta de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta;
- IV - Equipe de Consultório na Rua (eCR) - equipe de saúde com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel;
- V - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): equipe de saúde multiprofissional com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde, que tem por objetivo apoiar as equipes de saúde da família, aumentando sua resolutividade e abrangência, por meio de matriciamento, discussão de casos clínicos, atendimento compartilhado e construção conjunta de projetos terapêuticos;
- VI - Equipes de Saúde de Atenção Domiciliar: modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações prestadas em domicílio, por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e por Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), com composição variável, conforme definição do Ministério da Saúde;
- VII - Equipe de Saúde do Sistema Prisional: equipe de saúde que atua em unidade de saúde do sistema prisional do Distrito Federal;
- VIII - Equipe do Sistema Socioeducativo: equipe de saúde que atua em unidades socioeducativas de internação, em parceria com a Secretaria de Estado de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude;

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/ua/comunicado.html>, pelo código S0012017021500004

Documento assinado digitalmente conforme MP n. 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Setor Protocolo Legislativo

202 Nº 246 / 2017

Folha Nº 09 Paul

IX - Equipe de Saúde dos Centros de Referência de Práticas Integrativas em Saúde (CER-PIS): equipe multiprofissional que atua na promoção das Práticas Integrativas em Saúde (PIS) nos diferentes níveis do sistema de saúde, prioritariamente na Atenção Primária, vinculada aos NASF ou Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência na sua área de abrangência;

X - Equipe do Programa Academia da Saúde: equipe multiprofissional voltada para as atividades de Promoção da Saúde e da Educação Popular em Saúde no SUS, vinculadas ao NASF ou UBS de referência na sua área de abrangência.

Seção II

Das Unidades Básicas de Saúde

Art. 7º Todos os estabelecimentos de saúde da Atenção Primária serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS), assim classificadas:

I - Unidade Básica de Saúde tipo 1 (UBS 1): unidades com uma a três equipes de Saúde da Família;

II - Unidade Básica de Saúde tipo 2 (UBS 2): unidades com mais de três equipes de Saúde da Família;

III - Unidade Básica de Saúde Rural (UBS Rural): unidades localizadas em território classificado pelo Plano de Diretor de Ordenamento Territorial do Distrito Federal (PDOT) como rural, que desenvolvem atividades de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF);

IV - Unidade Básica de Práticas Integrativas e Promoção da Saúde (UBS PIS): São unidades voltadas para a atenção, ensino, pesquisa e matriciamento em PIS, para as demais equipes da Atenção Primária em saúde e ações de promoção da saúde integradas com outros níveis de atenção, podendo ser referência para uma ou mais regiões de saúde;

V - Unidade Básica de Saúde Escola (UBS ESCOLA): são unidades voltadas para a atenção à saúde, ensino, pesquisa e preceptoria para estudantes de nível técnico, superior, pós-graduação modalidade lato e stricto sensu, aperfeiçoamento de servidores e o desenvolvimento e inovação tecnológica e científica na APS, de acordo com regulamentação específica.

VI - Unidade Básica de Saúde Prisional (UBS Prisional) - São UBS que desenvolvem atividades de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, em parceria com a Secretaria de Estado de Segurança Pública e da Paz Social do Distrito Federal.

Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de ensino em serviço e inovação tecnológica.

Art. 8º As Unidades Básicas de Saúde tipo 2 funcionarão das 7 (sete) às 19 (dezenove) horas, de segunda a sexta-feira, e sábados, de 7 (sete) horas às 12 (doze), exceto nos feriados, e as demais UBS, das 7 (sete) às 17 (dezesete) horas, de segunda a sexta-feira.

§ 1º O horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde Prisional deverá levar em consideração os horários de chegada e saída do transporte disponibilizado pela Secretaria de Estado da Segurança Pública.

§ 2º As UBS poderão ter seu horário de funcionamento ampliado até às 22 (vinte e duas) horas, de acordo com a necessidade do serviço, desde que autorizado, por escrito, pelo Superintendente da Região de Saúde ou cargo equivalente.

§ 3º As UBS poderão funcionar em horários diferentes do previsto nesta Portaria, de acordo com suas especificidades e necessidades da população coberta, mediante autorização prévia e por escrito do Superintendente da Região de Saúde, ratificada pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Seção III

Da Gestão da Atenção Primária

Art. 9º Compete à Coordenação de Atenção Primária (COAPS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES):

I - pactuar, em conjunto com o Colegiado Gestor da Atenção Primária à Saúde, estratégias e diretrizes para a implementação da Política de Atenção Primária no Distrito Federal, respeitadas as normas, diretrizes e princípios desta Portaria e da Política Nacional da Atenção Básica;

II - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como estratégia prioritária de organização da Atenção Primária;

III - apoiar institucionalmente as Regiões de Saúde no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Primária e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

IV - definir estratégias de articulação com as gestões regionais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Primária;

V - consolidar e divulgar os relatórios mensais de indicadores da Atenção Primária, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

VI - participar da regulamentação da referência e da contra-referência de usuários entre a Atenção Primária e outros níveis de atenção, contribuindo para a formação de Redes de Atenção à Saúde ordenadas pela Atenção Primária;

VII - articular e realizar parcerias com outras Secretarias de Estado do Distrito Federal e de outros Estados e Municípios, bem como com instituições de ensino e pesquisa; e

VIII - elaborar e implementar projetos de educação permanente, com participação da FE-PECS e das Subsecretarias responsáveis para formação e atualização profissional em parceria com instituições de ensino e pesquisa.

Art. 10 Compete às Regiões de Saúde, por meio dos respectivos Superintendentes e Diretores de Atenção Primária (DIRAPS) ou seus equivalentes:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações da Atenção Primária, a partir de lógicas centradas no usuário, buscando promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com base nos princípios do SUS;

II - programar as ações da Atenção Primária a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, de forma resolutiva, responsável e integrada, com escuta qualificada e humanizada e respostas adequadas em tempo oportuno;

III - organizar o fluxo de usuários, inserindo-os em linhas de cuidado, oferecendo resposta positiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população;

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes da Atenção Primária de acordo com as necessidades de saúde dos usuários, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

V - cadastrar e atualizar mensalmente o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com os dados de estabelecimentos de saúde, equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros, conforme em regulamentação específica;

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Primária atue como a principal porta de entrada e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde;

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;

VIII - estimular a articulação das ações da gestão e dos profissionais da UBS para promover parcerias com instituições, setores e pessoas com o objetivo de ampliar as ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, participando de redes de apoio;

Art. 11. São competências comuns à COAPS e às Regiões de Saúde:

I - planejar e executar a expansão da Estratégia Saúde da Família e a qualificação dos serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal;

II - promover o intercâmbio de experiências entre os serviços de saúde intra e inter-regionais, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Primária à Saúde;

III - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde;

IV - valorizar os profissionais de saúde, estimulando e viabilizando a formação e educação permanente das equipes;

V - estimular a participação popular e o controle social;

VI - estabelecer mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas na APS, de forma ascendente e alinhados com as ações estabelecidas pela Subsecretaria de Planejamento em Saúde (Suplans).

Art. 12. Compete à Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde (GSAP) do território:

I - diligenciar pelo adequado funcionamento da unidade, em conformidade com a política de Atenção Primária estabelecida nesta Portaria;

II - supervisionar a confecção das escalas das equipes, de forma a garantir assistência integral à população durante todo o horário de funcionamento da unidade e em campanhas promovidas pela Secretaria de Estado de Saúde, respeitadas as normas e diretrizes estabelecidas nesta Portaria e nas orientações da respectiva DIRAPS;

III - otimizar o aproveitamento do espaço físico da unidade;

IV - tomar as providências necessárias para garantir o abastecimento de medicamentos, insumos e materiais, bem como a manutenção de estruturas, equipamentos e sistemas necessários ao trabalho das equipes;

V - monitorar os encaminhamentos a outros níveis de atenção realizados em sua unidade e tomar providências para que todas as equipes apresentem níveis de resolutividade superiores a 85%;

VI - exigir informações das equipes para manter atualizados os dados de produtividade e os indicadores previstos nesta Portaria, relativos à unidade e às equipes, consolidados mensalmente, encaminhando os dados à DIRAPS para consolidação de todas as unidades;

VII - apresentar aos servidores da unidade e à comunidade, até trinta dias após o final do semestre, os relatórios de produtividade e os indicadores previstos nos anexos desta Portaria, relativos a sua unidade, de forma global e por equipe;

VIII - tomar as medidas administrativas cabíveis em caso de violações éticas, funcionais ou descumprimento das normas administrativas por servidores sob sua gerência, bem como sobre registrar por escrito acontecimentos relevantes em seu território, dando ciência à DIRAPS;

IX - fornecer à DIRAPS, à Superintendência da Região ou à COAPS quaisquer informações que lhe sejam solicitadas;

X - resolver questões administrativas da unidade, nos limites de sua competência.

Parágrafo único. A participação popular deve ser estimulada pela gestão da Atenção Primária, sendo recomendável que toda Gerência de UBS faça interface com um Conselho Regional de Saúde ou com estrutura que represente legitimamente a população do território.

Capítulo III

DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Seção I

Da Territorialização

Art. 13. A territorialização deverá ser realizada por todas as Unidades Básicas de Saúde, supervisionada e pactuada com a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde, com anuência da Superintendência da Região de Saúde.

Parágrafo único. O usuário deverá ser cadastrado na UBS de referência, segundo sua área de residência.

Art. 14. A partir da territorialização da Região de Saúde e da definição do território de responsabilidade por UBS e por equipe, deverá ser realizado o diagnóstico da situação de saúde da população, identificando as fragilidades e potencialidades locais, para o planejamento condizente com as necessidades da população.

§ 1º Entendendo-se que o território é dinâmico e está em permanente transformação, deve-se promover a atualização periódica das informações e diagnóstico de saúde da população.

§ 2º O mapa da área de abrangência deverá estar atualizado, ser do conhecimento de todos os profissionais e estar disponível aos usuários.

Seção II

Do Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde

Art. 15. O planejamento das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada no âmbito da Região, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade da população, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território aderido.

Parágrafo único. O planejamento, o monitoramento e a avaliação deverão ser integrados entre todos os níveis de gestão da SES.

Art. 16. As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco listado na Carteira de Serviços prestados na APS, os indicadores descritos pela COAPS, bem como os parâmetros estabelecidos pelas superintendências nas Regiões de Saúde.

Art. 17. O monitoramento deverá ser realizado a partir da análise da produção das equipes e dos indicadores, periodicamente, sob responsabilidade do Gerente de Serviços da Atenção Primária, sendo responsabilidade de cada profissional o registro de sua produção.

§ 1º Todas as equipes da Atenção Primária deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores definidos pela COAPS, alimentando o sistema de informação em tempo real, que deve abranger, no mínimo, os seguintes indicadores:

I - Número de pessoas cadastradas no território;

II - Percentual da carteira de serviços da APS aprovada pela SES oferecido pela equipe;

III - Número de vagas para atendimento médico individual e número de vagas para atendimento odontológico individual na unidade, oferecidos na agenda nos últimos 30 dias;

IV - Número de vagas para atendimento de enfermagem individual na unidade oferecidos na agenda nos últimos 30 dias;

V - Número médio de consultas médicas e número médio de consultas odontológicas, realizadas por dia nos últimos 30 dias;

VI - Número médio de consultas de enfermagem realizadas por dia nos últimos 30 dias;

VII - Percentual de consultas médicas e percentual de consultas odontológicas de pacientes atendidos mediante demanda espontânea nos últimos 30 dias;

VIII - Percentual de consultas médicas e percentual de consultas odontológicas para pacientes pertencentes ao próprio território nos últimos 30 dias;
 IX - Razão entre encaminhamentos e consultas médicas realizadas nos últimos 30 dias;
 X - Razão entre famílias visitadas e famílias cadastradas, nos últimos 30 dias;
 XI - Percentual de primeiras consultas de pré-natal realizadas no primeiro trimestre de gestação nos últimos 30 dias;
 XII - Percentual de mulheres de 25 a 59 anos com ao menos uma coleta de exame colposcópico nos últimos dois anos;
 XIII - Percentual de mulheres com mais de 50 anos com ao menos uma mamografia realizada nos últimos dois anos;
 XIV - Percentual de hipertensos cadastrados que tiveram sua pressão arterial aferida nos últimos seis meses;
 XV - Percentual de diabéticos cadastrados que tiveram pelo menos um exame de hemoglobina glicada realizado nos últimos seis meses;
 XVI - Percentual de crianças de até cinco anos que tiveram seu cartão de vacinação verificado pelo menos uma vez no último ano;
 XVII - Percentual de crianças de até seis meses que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos 30 dias;
 XVIII - Percentual de crianças de seis meses a um ano que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos 3 meses;
 XIX - Percentual de crianças de 1 a 2 anos que tiveram pelo menos uma consulta nos últimos seis meses;
 XX - Percentual de crianças de 2 a 5 anos que tiveram pelo menos uma consulta no último ano;
 XXI - Percentual de absenteísmo de pacientes nas consultas ou procedimentos agendados;
 XXII - Percentual de absenteísmo das horas disponíveis da equipe, organizado por categoria profissional.

§ 2º As GSAPs deverão consolidar mensalmente as informações das equipes, avaliar, divulgar e enviar à DIRAPS até o dia 15 do mês subsequente, as informações relativas ao desempenho dos indicadores definidos pela COAPS, que devem abranger, além do consolidado dos previstos no § 1º, no mínimo os seguintes indicadores:

- I - Percentual de serviços da Carteira de Serviços da APS aprovada pela SES que são oferecidos na unidade;
- II - Número total de pacientes acolhidos no mês;
- III - Percentual de pacientes fora de território acolhidos no mês;
- IV - Número total de pacientes com risco classificado no mês;
- V - Percentual de pacientes fora de território atendidos no mês;
- VI - Percentual de consultas médicas realizadas com o próprio médico de família no mês;
- VII - Número total de pacientes vacinados no mês;
- VIII - Percentual de pacientes fora do território vacinados no mês;
- IX - Intervalo médio entre a demanda espontânea por consulta ou procedimento e a data agendada.

Art. 18. A avaliação deve ser um processo sistemático para verificar trajetórias definidas, indicando, se necessário, mudanças de conduta para atingir resultados esperados.

Art. 19. As equipes de Serviços da UBS deverão alimentar e atualizar sistematicamente os sistemas de informação indicados pela SES, com registro das ações realizadas, por meio de preenchimento manual ou digital das informações.

Art. 20. Os dados deverão ser analisados e divulgados pelas equipes regularmente, com o fim de subsidiar o planejamento e a tomada de decisão para novas ações em saúde.

Seção III Do Acesso

Art. 21. A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada preferencial às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela ordenação da rede em relação aos demais níveis assistenciais.

Art. 22. A Carteira de Serviços da UBS deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização da SES.

Art. 23. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada dos usuários, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas pela SES.

Art. 24. Caberá a cada gestor de serviços da Atenção Primária realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias com o apoio da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde para ampliar acesso, qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua unidade.

Art. 25. As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho no intuito de ampliar o acesso do usuário nos serviços prestados, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da estrutura da SES.

Art. 26. A GSAP deverá afixar em local visível, próximo à entrada da unidade:

- I - Identificação da unidade e horário de atendimento;
- II - Mapa de abrangência da unidade, com a cobertura de cada equipe;
- III - Identificação do Gerente da GSAP e dos componentes de cada equipe da UBS;
- IV - Carteira de serviços disponíveis na unidade;
- V - Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe;
- VI - Telefone da ouvidoria responsável.

Parágrafo único. Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos.

Seção IV

Do Acolhimento e Classificação de Risco

Art. 27. O acolhimento ao usuário deverá ocorrer durante todo o período de funcionamento da UBS, por qualquer trabalhador da unidade.

§ 1º Os profissionais de saúde deverão realizar o acolhimento do usuário, com escuta ampliada e qualificada, que inclui reconhecer riscos e vulnerabilidades buscando facilitar o acesso, realizar ou acionar intervenções necessárias conforme protocolos clínicos vigentes.

§ 2º A equipe deverá definir o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento.

§ 3º Os Agentes Comunitários de Saúde devem promover o vínculo entre as equipes e os usuários, dentro da UBS ou em visita domiciliar, por meio do acolhimento em tempo oportuno, de forma a ampliar a capacidade de trabalho das equipes, considerando os determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades presentes no território.

Art. 28. A classificação de risco deverá ser realizada preferencialmente pelo profissional enfermeiro e, na sua ausência, por outro profissional de nível superior, seguindo normas e protocolos vigentes, buscando ambiente reservado para escuta e atendimento.

Parágrafo único. Todos os enfermeiros lotados na APS deverão ter capacitação para classificação de risco, de acordo com os métodos e protocolos adotados pela SES.

Art. 29. Os casos de urgências ou emergências médicas e odontológicas deverão ter seu primeiro atendimento garantido na UBS, independentemente do número de consultas agendadas e realizadas no período, e caberá à UBS o contato imediato com outro ponto de atenção à saúde a fim de prover atendimento adequado à situação, caso necessário.

§ 1º A definição da conduta deverá seguir as diretrizes clínicas e os protocolos assistenciais da SES e os recomendados pelo Ministério da Saúde, desde que validados pela SES.

§ 2º As informações obtidas no acolhimento, na classificação de risco e em cada atendimento deverão ser registradas em prontuário.

Art. 30. A conclusão do atendimento de usuários que se apresentem à unidade por demanda espontânea, depois do acolhimento e, caso necessário, da classificação de risco, deve ser uma das seguintes:

- I - consulta ou procedimento imediato;
- II - consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;
- III - agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;
- IV - procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pacientes crônicos com condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;
- V - encaminhamento a outro serviço de saúde, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável.

VI - orientação sobre territorialização e fluxos da rede de saúde, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no Distrito Federal ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

Seção V

Da Organização do Cronograma e da Agenda de Trabalho

Art. 31. A organização do cronograma de trabalho e distribuição de agendas de atendimentos deverão ser feitas pela equipe, com anuência e supervisão da Gerência, considerando o perfil das demandas e necessidades da população na perspectiva da atenção integral, sendo reformuladas e pactuadas sistematicamente.

§ 1º As escalas de trabalho dos profissionais da UBS serão elaboradas de forma que, durante todo o horário de funcionamento da unidade, no mínimo o médico ou o enfermeiro e um profissional de nível médio de cada equipe estejam presentes.

§ 2º As escalas de férias, licenças e outros afastamentos de todos os servidores serão organizadas pela Gerência da UBS, de forma a evitar desassistência à população.

Art. 32. Todos os agendamentos serão feitos com horário marcado, vedado agendamento por turno, devendo haver diariamente alocação de horários para atendimento a demanda espontânea, inclusive casos agudos, e demanda programada, respeitados os protocolos vigentes e de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades da população, sendo recomendado um percentual de 50% dos horários de cada equipe para atendimento à demanda espontânea.

Art. 33. As agendas deverão contemplar atendimentos individuais, coletivos, visitas domiciliares, reunião de equipe e atividades de matriciamento e educação em saúde.

§ 1º As visitas domiciliares devem ser sistematizadas, regulares e registradas conforme mecanismos vigentes, previstas nas ações rotineiras da UBS e da equipe conforme o grau de vulnerabilidade.

§ 2º Deverão ser planejados espaços no cronograma semanal para reuniões de equipe, com duração máxima de duas horas e participação obrigatória de todos os membros da equipe, a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações e do processo de trabalho, casos clínicos e questões administrativas, podendo contar com a participação de gestores ou membros da comunidade em casos específicos.

§ 3º As reuniões de equipe deverão ser registradas em ata, com relato das discussões, decisões e lista de presença dos participantes, que ficará à disposição da Gerência.

Art. 34. Os usuários serão atendidos preferencialmente por sua própria equipe de saúde da família, sem prejuízo do atendimento por outra equipe caso o próximo dia ou horário disponível para atendimento seja incompatível com a necessidade de acompanhamento ou com a classificação de risco do paciente.

Art. 35. O sistema de marcação na UBS deverá ser direcionado às necessidades do usuário, de acordo com os dias e horários de maior procura da população pela unidade, evitando a concentração da oferta de algum serviço em um dia ou horário específico.

§ 1º Na impossibilidade de se realizar a consulta agendada, o usuário deverá ser acolhido e sua consulta remarcada para o próximo horário disponível, de acordo com a situação, exceto em caso de ausência injustificada do usuário, hipótese em que a marcação será feita pelo sistema normal.

§ 2º Os usuários que procurarem a UBS deverão ser acolhidos e, caso necessário, direcionados à classificação de risco para definição da conduta indicada entre as previstas no art. 29.

§ 3º Os profissionais deverão atender as demandas de atendimento imediato em função da classificação de risco, independentemente da quantidade de atendimentos programados ou já realizados.

§ 4º É vedada a suspensão de serviços assistenciais sem a prévia anuência da DIRAPS e a elaboração de um plano alternativo de oferta aos usuários.

Seção VI

Do Fornecimento de Medicamentos e Produtos para Saúde

Art. 36. Os horários de funcionamento das farmácias, bem como as escalas dos profissionais, deverão ser estabelecidos considerando o perfil das demandas e necessidades da população na perspectiva da atenção, devendo ser estáveis e de amplo conhecimento da população atendida.

§ 1º A farmácia poderá fechar para recebimento de remessa de medicamentos e insumos e outras atividades internas inerentes à gestão de estoque, devendo os períodos de fechamento restringir-se ao mínimo necessário.

§ 2º A data e o período do fechamento deverão ser acordados previamente com a GSAP do território e divulgados à população.

Art. 37. A GSAP deverá assegurar-se de que foram feitas tempestivamente as solicitações de medicamentos e produtos para saúde, conforme estabelecido pelas áreas técnicas da gestão central, de acordo com as necessidades do território e de forma a garantir as ações e procedimentos da unidade.

§ 1º O apoio técnico será realizado pelos farmacêuticos responsáveis pelo território e do setor responsável pela logística farmacêutica da Região de Saúde.

§ 2º A UBS que fornece medicamentos e produtos para saúde aos usuários deverá dispor de local seguro e exclusivo para farmácia, de forma a garantir a guarda e o correto armazenamento dos estoques, conforme normas estabelecidas pela Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF) da SES.

§ 3º Os medicamentos fornecidos ao usuário deverão constar da relação de medicamentos padronizados no âmbito da Atenção Primária e medicamentos estratégicos da SES, de acordo com os programas implantados.

Setor Protocolo Legislativo

PDL Nº 246 / 2017

Folha Nº 11 Paula

§ 4º A DIASF, em conjunto com as áreas responsáveis pelos programas estratégicos e as regiões de saúde, deverá designar unidades de referência para o fornecimento de medicamentos estratégicos e medicamentos sujeitos a controle especial, quando for recomendado, de acordo com a legislação vigente.

§ 5º A dispensação com orientação farmacoterapêutica será realizada pelo farmacêutico, observadas as condições necessárias para tal atividade.

Art. 38. A GSAP do território designará servidor, preferencialmente farmacêutico, responsável pelas solicitações de medicamentos e produtos para a saúde e pelo controle dos estoques da farmácia, informando seu nome à DIRAPS e à DIASF.

Parágrafo único. O responsável pela farmácia tem o dever de alimentar e manter atualizado o sistema de estoque de medicamentos, materiais e insumos da SES.

Seção VII

Da Coleta de Exames

Art. 39. Todas as UBS deverão oferecer coleta de exames laboratoriais.

§ 1º O material deverá ser coletado por profissional com capacidade técnica para tal.

§ 2º A relação de exames que serão coletados na UBS será definida e divulgada pela SES, com participação das áreas técnicas responsáveis e da COAPS.

§ 3º O agendamento para coleta e a entrega de resultados de exames deverão estar disponíveis aos usuários durante todo o horário de funcionamento da UBS.

§ 4º O acondicionamento e transporte das amostras coletadas na UBS deverão seguir as orientações emanadas da Vigilância Sanitária.

§ 5º A solicitação dos exames deverá ser registrada pelo profissional assistente no prontuário e deverá ser orientada pelas diretrizes clínicas e protocolos assistenciais recomendados pela SES e pelo Ministério da Saúde.

§ 6º Os resultados serão disponibilizados pelo laboratório em meio eletrônico e poderão ser impressos, conforme a necessidade do usuário ou da unidade.

§ 7º A interpretação dos resultados deverá ser registrada pelo profissional assistente no prontuário do usuário.

Seção VIII

Da Vacinação

Art. 40. A vacinação deverá estar disponível aos usuários durante todo o horário de funcionamento da UBS, devendo ser realizada por profissionais com capacidade técnica, de acordo com as orientações descritas nos protocolos e manuais recomendados pela SES e pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Todas as UBS deverão oferecer vacinação.

§ 2º Caberá à GSAP do território estabelecer dias e horários diferenciados para vacinas de frascos multidoses, com objetivo de otimizar as doses e evitar desperdícios, com a anuência da DIRAPS e da Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde.

Art. 41. As UBS deverão solicitar as vacinas e imunobiológicos especiais, bem como outros insumos complementares, de acordo com as necessidades do território, de forma a garantir as ações de vacinação da unidade.

Parágrafo único. O apoio técnico será realizado pela Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde e pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) da Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS).

Art. 42. A vacinação deverá ser realizada em local adequado a garantir a aplicação de vacinas, imunobiológicos e registro de doses aplicadas, conforme normas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização.

Parágrafo único. Todos os profissionais de enfermagem da UBS têm competência e deverão ter capacitação em imunização, e atuarão na sala de vacina conforme programação estabelecida pela GSAP.

Seção IX

Da Regulação para Especialidades

Art. 43. A regulação deve promover o controle do acesso aos serviços de outros níveis de atenção, considerando a equidade, a integralidade, os recursos assistenciais disponíveis e a melhor alternativa assistencial às necessidades da população.

§ 1º Toda a oferta de primeiras consultas de especialidades focais e exames especializados sob regulação da SES deverá ser colocada à disposição das unidades básicas de saúde, vedada a reserva de vagas para marcação de consultas por outros níveis de atenção, exceto para seguimento de tratamento da condição que justificou o primeiro encaminhamento, respeitados os protocolos e linhas de cuidado adotados pela SES.

§ 2º A COAPS, sem prejuízo da competência das próprias equipes e da Gerência da UBS, deverá realizar o monitoramento e a avaliação dos encaminhamentos às especialidades e utilizar as informações obtidas para planejamento de ações de educação em saúde e matriciamento, com o objetivo de aumentar a resolutividade da Atenção Primária.

§ 3º O apoio matricial deverá ser realizado de forma horizontal dentro do mesmo nível de atenção ou entre níveis de atenção distintos, a fim de aprimorar o conhecimento técnico, a resolutividade das equipes e a qualificação do cuidado à população.

§ 4º Nos encaminhamentos, os profissionais da Atenção Primária deverão respeitar os protocolos e orientações estabelecidas pela SES.

§ 5º A inserção das solicitações de consultas e exames especializados no sistema de regulação vigente ocorrerá todos os dias, no horário de funcionamento da Unidade.

§ 6º E de responsabilidade das equipes da UBS acompanhar as solicitações de consultas e exames especializados no sistema de regulação vigente, e informar ao usuário assim que for efetivada a marcação.

Seção X

Do Transporte

Art. 44. A GSAP do território deverá avaliar e informar à DIRAPS a necessidade de veículos para execução de ações administrativas, logística, deslocamento de equipes ou profissionais nas áreas de difícil acesso no âmbito do território, entre outras ações da Atenção Primária. Parágrafo único. A DIRAPS tomará as providências perante os órgãos competentes da SES, para oferta do transporte, em função da efetiva necessidade, prioridade e disponibilidade do recurso.

Art. 45. O chamado do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para atendimento de pacientes a serem transportados da UBS para unidades de referência na Rede de Saúde deverá ser realizado pela equipe de saúde assistente, em conformidade com as referências e fluxos na Região e na rede de saúde, devendo a equipe oferecer suporte até a chegada da equipe do SAMU.

Seção XI

Da Educação Permanente em Saúde

Art. 46. O cronograma anual de educação permanente e continuada voltada para os profissionais e equipes deverá ser elaborado pelas DIRAPS, em parceria com gerentes de serviços da APS, Núcleo de Educação Permanente da Região de Saúde, Gerência de Educação em Saúde da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), COAPS e FEPECS, considerando também as necessidades epidemiológicas, ambientais e sanitárias identificadas e os principais temas de atuação no território.

§ 1º Os cronogramas devem ser encaminhados para a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), COAPS e FEPECS.

§ 2º Os eventos de educação em saúde planejados e ofertados pela SES deverão ser pactuados para inclusão no cronograma regional.

§ 3º A frequência deve ser registrada pelo profissional e atestada pela instituição responsável pelo evento, que encaminhará as informações à DIRAPS e ao Núcleo de Educação Permanente da Região de Saúde (NEPS), cabendo à Gerência da unidade o controle, a compatibilização e o registro do evento no sistema de escalas.

§ 4º A participação dos profissionais nos eventos de educação está condicionada à liberação pela chefia imediata e da DIRAPS, de forma a não prejudicar a assistência.

§ 5º O cronograma de atividades de educação permanente deverá ser disponibilizado aos gestores de serviços do território e profissionais.

Seção XII

Da Vigilância em Saúde

Art. 47. A Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

§ 1º As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Primária e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para: a) vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

b) detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;

c) vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;

d) vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentais;

e) vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;

f) vigilância da saúde do trabalhador;

g) outras ações de vigilância.

§ 2º A Atenção Primária e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade.

§ 3º Os profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Capítulo V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 48. Caberá aos gestores ocupantes de cargos e funções em todos os níveis hierárquicos da SES dar ampla divulgação aos profissionais sobre o conteúdo desta Portaria.

Art. 49. Ficam revogadas a Portaria nº 29 de 26 de fevereiro de 2010, e a Portaria nº 26, de 14 e março de 2011, em seus arts. 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º e 9º.

Art. 50. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, devendo todas as unidades funcionarem com base em seus preceitos em até 90 (noventa) dias.

Art. 51. Durante o processo de conversão e adaptação de outros modelos de Atenção Primária adotados no Distrito Federal para os preceitos estabelecidos por esta Portaria, admite-se a constituição de equipes de transição, com composição diversa da prevista no art. 6º, a serem disciplinadas em Portaria própria, que poderão funcionar pelo prazo máximo de um ano, respeitados desde logo os princípios e diretrizes da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família aqui estabelecidos.

IUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

PORTARIA Nº 78, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017

Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o art. 105, parágrafo único, da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, bem como o art. 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DOF nº 54, de 15 de março de 2013, considerando a Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 465, de 2016, e a Portaria nº 77, de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, RESOLVE:

Art. 1º As Unidades Básicas de Saúde (UBS) serão convertidas progressivamente para o modelo de Estratégia Saúde da Família, priorizando-se, no processo de conversão, as áreas de maior vulnerabilidade social.

Art. 2º As UBS em processo de conversão serão compostas por equipes de transição, que serão capacitadas e posteriormente divididas em equipes de saúde da família.

Art. 3º Cada equipe de transição será constituída por:

I - três médicos com carga horária de 40h, sendo um pediatra, um ginecologista e um clínico;

II - três enfermeiros com carga horária de 40h;

III - seis técnicos de enfermagem com carga horária de 40h;

IV - agentes comunitários de saúde, conforme disponibilidade na Região.

§ 1º Admitem-se excepcionalmente, de forma justificada, equipes de transição com quatro ou cinco médicos e número proporcional de enfermeiros e técnicos de enfermagem, nos casos em que o dimensionamento de pessoal ou o plano de conversão assim recomendem.

§ 2º Admite-se a composição de equipes de transição sem uma das três especialidades médicas, desde que não haja na Atenção Primária do Distrito Federal profissional que possa ser movimentado para completar a equipe de transição nos moldes do inciso I e desde que seja garantida a capacidade de matriciamento na especialidade faltante.

§ 3º Os médicos de outras especialidades lotados na Atenção Primária serão movimentados para unidades de outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, respeitadas as atribuições de seu cargo e de sua especialidade, o interesse público e a necessidade da população.

Art. 4º Os Superintendentes das Regiões de Saúde apresentarão à Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) da Secretaria de Estado de Saúde (SES) o dimensionamento do pessoal da Atenção Primária, em articulação com a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP) e o plano de conversão de suas unidades básicas de saúde, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias.

§ 1º Todas as unidades que atualmente adotam o modelo tradicional deverão funcionar exclusivamente com equipes de transição no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, contados da publicação desta Portaria.

§ 2º O processo de trabalho das equipes de transição respeitará, no que couber, os preceitos estabelecidos pela Portaria nº 77, de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

§ 4º A DIASF, em conjunto com as áreas responsáveis pelos programas estratégicos e as regiões de saúde, deverá designar unidades de referência para o fornecimento de medicamentos estratégicos e medicamentos sujeitos a controle especial, quando for recomendado, de acordo com a legislação vigente.

§ 5º A dispensação com orientação farmacoterapêutica será realizada pelo farmacêutico, observadas as condições necessárias para tal atividade.

Art. 38. A GSAP do território designará servidor, preferencialmente farmacêutico, responsável pelas solicitações de medicamentos e produtos para a saúde e pelo controle dos catálogos da farmácia, informando seu nome à DIRAPS e à DIASF.

Parágrafo único. O responsável pela farmácia tem o dever de alimentar e manter atualizado o sistema de estoque de medicamentos, materiais e insumos da SES.

Seção VII

Da Coleta de Exames

Art. 39. Todas as UBS deverão oferecer coleta de exames laboratoriais.

§ 1º O material deverá ser coletado por profissional com capacidade técnica para tal.

§ 2º A relação de exames que serão coletados na UBS será definida e divulgada pela SES, com participação das áreas técnicas responsáveis e da COAPS.

§ 3º O agendamento para coleta e a entrega de resultados de exames deverão estar disponíveis aos usuários durante todo o horário de funcionamento da UBS.

§ 4º O acondicionamento e transporte das amostras coletadas na UBS deverão seguir as orientações emanadas da Vigilância Sanitária.

§ 5º A solicitação dos exames deverá ser registrada pelo profissional assistente no prontuário e deverá ser orientada pelas diretrizes clínicas e protocolos assistenciais recomendados pela SES e pelo Ministério da Saúde.

§ 6º Os resultados serão disponibilizados pelo laboratório em meio eletrônico e poderão ser impressos, conforme a necessidade do usuário ou da unidade.

§ 7º A interpretação dos resultados deverá ser registrada pelo profissional assistente no prontuário do usuário.

Seção VIII

Da Vacinação

Art. 40. A vacinação deverá estar disponível aos usuários durante todo o horário de funcionamento da UBS, devendo ser realizada por profissionais com capacidade técnica, de acordo com as orientações descritas nos protocolos e manuais recomendados pela SES e pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Todas as UBS deverão oferecer vacinação.

§ 2º Caberá à GSAP do território estabelecer dias e horários diferenciados para vacinas de frascos multidoses, com objetivo de otimizar as doses e evitar desperdícios, com a anuência da DIRAPS e da Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde.

Art. 41. As UBS deverão solicitar as vacinas e imunobiológicos especiais, bem como outros insumos complementares, de acordo com as necessidades do território, de forma a garantir as ações de vacinação da unidade.

Parágrafo único. O apoio técnico será realizado pela Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde e pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) da Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS).

Art. 42. A vacinação deverá ser realizada em local adequado a garantir a aplicação de vacinas, imunobiológicos e registro de doses aplicadas, conforme normas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização.

Parágrafo único. Todos os profissionais de enfermagem da UBS têm competência e deverão ter capacitação em imunização, e atuarão na sala de vacina conforme programação estabelecida pela GSAP.

Seção IX

Da Regulação para Especialidades

Art. 43. A regulação deve promover o controle do acesso aos serviços de outros níveis de atenção, considerando a equidade, a integralidade, os recursos assistenciais disponíveis e a melhor alternativa assistencial às necessidades da população.

§ 1º Toda a oferta de primeiras consultas de especialidades focais e exames especializados sob regulação da SES deverá ser colocada à disposição das unidades básicas de saúde, vedada a reserva de vagas para marcação de consultas por outros níveis de atenção, exceto para seguimento de tratamento da condição que justificou o primeiro encaminhamento, respeitadas os protocolos e linhas de cuidado adotados pela SES.

§ 2º A COAPS, sem prejuízo da competência das próprias equipes e da Gerência da UBS, deverá realizar o monitoramento e a avaliação dos encaminhamentos às especialidades e utilizar as informações obtidas para planejamento de ações de educação em saúde e matriciamento, com o objetivo de aumentar a resolutividade da Atenção Primária.

§ 3º O apoio matricial deverá ser realizado de forma horizontal dentro do mesmo nível de atenção ou entre níveis de atenção distintos, a fim de aprimorar o conhecimento técnico, a resolutividade das equipes e a qualificação do cuidado à população.

§ 4º Nos encaminhamentos, os profissionais da Atenção Primária deverão respeitar os protocolos e orientações estabelecidos pela SES.

§ 5º A inserção das solicitações de consultas e exames especializados no sistema de regulação vigente ocorrerá todos os dias, no horário de funcionamento da Unidade.

§ 6º É de responsabilidade das equipes da UBS acompanhar as solicitações de consultas e exames especializados no sistema de regulação vigente, e informar ao usuário assim que for efetivada a marcação.

Seção X

Do Transporte

Art. 44. A GSAP do território deverá avaliar e informar à DIRAPS a necessidade de veículos para execução de ações administrativas, logística, deslocamento de equipes ou profissionais nas áreas de difícil acesso no âmbito do território, entre outras ações da Atenção Primária.

Parágrafo único. A DIRAPS tomará as providências perante os órgãos competentes da SES, para oferta do transporte, em função da efetiva necessidade, prioridade e disponibilidade do recurso.

Art. 45. O chamado do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para atendimento de pacientes a serem transportados da UBS para unidades de referência na Rede de Saúde deverá ser realizado pela equipe de saúde assistente, em conformidade com as referências e fluxos na Região e na rede de saúde, devendo a equipe oferecer suporte até a chegada da equipe do SAMU.

Seção XI

Da Educação Permanente em Saúde

Art. 46. O cronograma anual de educação permanente e continuada voltada para os profissionais e equipes deverá ser elaborado pelas DIRAPS, em parceria com gerentes de serviços da APS, Núcleo de Educação Permanente da Região de Saúde, Gerência de Educação em Saúde da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), COAPS e FEPECS, considerando também as necessidades epidemiológicas, ambientais e sanitárias identificadas e os principais temas de atuação no território.

§ 1º Os cronogramas devem ser encaminhados para a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), COAPS e FEPECS.

§ 2º Os eventos de educação em saúde planejados e ofertados pela SES deverão ser pactuados para inclusão no cronograma regional.

§ 3º A frequência deve ser registrada pelo profissional e atestada pela instituição responsável pelo evento, que encaminhará as informações à DIRAPS e ao Núcleo de Educação Permanente da Região de Saúde (NEPS), cabendo à Gerência da unidade o controle, a compatibilização e o registro do evento no sistema de escalas.

§ 4º A participação dos profissionais nos eventos de educação está condicionada à liberação pela chefia imediata e da DIRAPS, de forma a não prejudicar a assistência.

§ 5º O cronograma de atividades de educação permanente deverá ser disponibilizado aos gestores de serviços do território e profissionais.

Seção XII

Da Vigilância em Saúde

Art. 47. A Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

§ 1º As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Primária e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- a) vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- b) detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;
- c) vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- d) vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentadas;
- e) vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- f) vigilância da saúde do trabalhador;
- g) outras ações de vigilância.

§ 2º A Atenção Primária e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade.

§ 3º Os profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Capítulo V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 48. Caberá aos gestores ocupantes de cargos e funções em todos os níveis hierárquicos da SES dar ampla divulgação aos profissionais sobre o conteúdo desta Portaria.

Art. 49. Ficam revogadas a Portaria nº 29 de 26 de fevereiro de 2010, e a Portaria nº 26, de 14 e março de 2011, em seus arts. 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º e 9º.

Art. 50. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, devendo todas as unidades funcionar com base em seus preceitos em até 90 (noventa) dias.

Art. 51. Durante o processo de conversão e adaptação de outros modelos de Atenção Primária adotados no Distrito Federal para os preceitos estabelecidos por esta Portaria, admite-se a constituição de equipes de transição, com composição diversa da prevista no art. 6º, a serem disciplinadas em Portaria própria, que poderão funcionar pelo prazo máximo de um ano, respeitados desde logo os princípios e diretrizes da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família aqui estabelecidos.

IUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

PORTARIA Nº 78, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017

Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o art. 105, parágrafo único, da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, bem como o art. 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, considerando a Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 465, de 2016, e a Portaria nº 77, de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, RESOLVE:

Art. 1º As Unidades Básicas de Saúde (UBS) serão convertidas progressivamente para o modelo de Estratégia Saúde da Família, priorizando-se, no processo de conversão, as áreas de maior vulnerabilidade social.

Art. 2º As UBS em processo de conversão serão compostas por equipes de transição, que serão capacitadas e posteriormente divididas em equipes de saúde da família.

Art. 3º Cada equipe de transição será constituída por:

- I - três médicos com carga horária de 40h, sendo um pediatra, um ginecologista e um clínico;
- II - três enfermeiros com carga horária de 40h;
- III - seis técnicos de enfermagem com carga horária de 40h;
- IV - agentes comunitários de saúde, conforme disponibilidade na Região.

§ 1º Admite-se excepcionalmente, de forma justificada, equipes de transição com quatro ou cinco médicos e número proporcional de enfermeiros e técnicos de enfermagem, nos casos em que o dimensionamento de pessoal ou o plano de conversão assim recomendem.

§ 2º Admite-se a composição de equipes de transição sem uma das três especialidades médicas, desde que não haja na Atenção Primária do Distrito Federal profissional que possa ser movimentado para completar a equipe de transição nos moldes do inciso I e desde que seja garantida a capacidade de matriciamento na especialidade faltante.

§ 3º Os médicos de outras especialidades lotados na Atenção Primária serão movimentados para unidades de outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, respeitadas as atribuições de seu cargo e de sua especialidade, o interesse público e a necessidade da população.

Art. 4º Os Superintendentes das Regiões de Saúde apresentarão à Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) da Secretaria de Estado de Saúde (SES) o dimensionamento do pessoal da Atenção Primária, em articulação com a Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP) e o plano de conversão de suas unidades básicas de saúde, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias.

§ 1º Todas as unidades que atualmente adotam o modelo tradicional deverão exclusivamente com equipes de transição no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, contados da publicação desta Portaria.

§ 2º O processo de trabalho das equipes de transição respeitará, no que couber, os preceitos estabelecidos pela Portaria nº 77, de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

§ 3º O horário de funcionamento da UBS em processo de conversão será de segunda a sexta-feira, de 7h às 18h, ininterruptamente.

§ 4º Todas as equipes de transição serão convertidas em equipes de saúde da família no prazo máximo de um ano, contado da formação da equipe de transição.

Art. 5º Os servidores lotados nas UBS em processo de conversão poderão optar por compor equipes de transição que se tornarão equipes de saúde da família, devendo manifestar formalmente seu interesse à GSAP do território, mediante formulário próprio constante do anexo I, no prazo de 30 (trinta) dias contados da publicação desta Portaria.

§ 1º Os servidores que compuserem equipes de transição ficam dispensados do cumprimento do art. 1º da Portaria nº 231, de 2016.

§ 2º Os servidores que não fizerem a opção prevista no caput no prazo estabelecido serão realotados em unidades de saúde de outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, em função da necessidade da população e respeitadas as atribuições de seu cargo.

§ 3º Caso o número de servidores que formalizem a opção prevista no caput seja insuficiente para a cobertura de saúde da família de acordo com o plano apresentado pelas Regiões, poderá ser oferecida a servidores de outros níveis de atenção, nos cargos e especialidades em que houver déficit e no limite do número de realotações a serem realizadas com base no § 2º, a opção de remoção para a Atenção Primária a fim de compor equipes de transição, não necessariamente na mesma Região de Saúde, de forma a atingir a cobertura populacional planejada.

Art. 6º Considerando os parâmetros de dimensionamento das equipes, os servidores em excesso na UBS serão movimentados para outras unidades de saúde, a critério da Administração, após ser ouvido o servidor interessado, respeitado o interesse público e a necessidade da população, observada a seguinte ordem de preferência:

I - para outra UBS da mesma Região de Saúde;

II - para outra UBS de Região de Saúde distinta;

III - para unidade de saúde de outro nível de atenção na mesma Região de Saúde;

IV - para unidade de saúde de outro nível de atenção em Região de Saúde distinta ou em Unidade de Referência Distrital (URD).

Art. 7º Nas movimentações previstas nesta Portaria, será dada prioridade de permanência na Atenção Primária a servidores com titulação em Medicina de Família e Comunidade ou em Saúde da Família, aditando-se, em seguida, o critério de antiguidade na SES.

Art. 8º Durante o processo de conversão, os servidores de nível superior de equipes de transição receberão a capacitação necessária para o desenvolvimento da prática da Estratégia Saúde da Família.

§ 1º A capacitação prevista no caput será obrigatória e envolverá, no mínimo, as seguintes competências, a serem desenvolvidas de forma teórica e prática:

I - organização e funcionamento da Estratégia Saúde da Família;

II - pré-natal de risco habitual, puerpério e rastreamento de câncer de mama e de colo uterino;

III - crescimento e desenvolvimento de crianças até dois anos;

IV - atendimento a pacientes hipertensos;

V - atendimento a pacientes diabéticos;

VI - atendimento à demanda espontânea em Atenção Primária.

§ 2º Além da inserção em processos formais de capacitação oferecidos pela FEPECS ou pela Gerência de Educação em Saúde da Subsecretaria de Gestão de Pessoas (SUGEP), os profissionais da equipe de transição terão a responsabilidade de matricular uns aos outros, de forma a aumentar a resolutividade das equipes de saúde da família a serem formadas ao final do processo de conversão.

Art. 9º Todos os enfermeiros das equipes deverão ter, no mínimo, capacitação em vacinação, classificação de risco e coleta de exames, sendo de sua responsabilidade a capacitação em serviço nessas áreas e em outras de competência dos profissionais de nível médio, sem prejuízo de outros cursos oferecidos diretamente pelos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), a Gerência de Educação em Saúde da SUGEP ou pela FEPECS.

Art. 10. Os gerentes e supervisores administrativos das GSAPs deverão ser capacitados para o cumprimento de todas as normas previstas na Portaria nº 77, de 2017, especialmente no que tange às providências para o bom funcionamento das unidades, à organização do cronograma de trabalho e agendas de atendimento e à produção e divulgação de informações e indicadores de qualidade da Atenção Primária, sem prejuízo da participação na capacitação prevista no art. 8º.

Art. 11. Após a realização da capacitação, os servidores da equipe de transição serão submetidos à avaliação do aproveitamento por critérios estabelecidos pela Gerência de Educação em Saúde da SUGEP ou pela FEPECS.

§ 1º Os médicos, se considerados aptos, deverão solicitar mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade, assumindo todos os deveres e obrigações previstos para o médico de família e comunidade na regulamentação própria.

§ 2º Os servidores que não participarem da capacitação, que tiverem aproveitamento insuficiente e os médicos que não solicitarem a mudança de especialidade serão movimentados para unidades de outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, respeitadas as atribuições de seu cargo e de sua especialidade, eventuais restrições laborais, o interesse público e a necessidade da população.

§ 3º Os médicos com certificado de conclusão de residência médica ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade registrado no CRM poderão solicitar dispensa da capacitação, hipótese em que serão imediatamente movimentados para outra UBS, a fim de compor equipe de saúde da família.

§ 4º Os enfermeiros com certificado de conclusão de residência ou especialização em saúde da família poderão solicitar dispensa da capacitação, devendo permanecer na equipe de transição até a conversão final em equipe de saúde da família.

Art. 12. Ao final do processo, caberá ao Superintendente da Região e à COAPS remanejar os profissionais considerados aptos, com o objetivo de compor o maior número possível de equipes consistidas de saúde da família.

Art. 13. Após a conversão final das equipes de transição da UBS em equipes de saúde da família, com a implementação de todas as estruturas e competências previstas na Portaria nº 77, de 2017, seus membros serão considerados profissionais de saúde da família para todos os fins legais.

Art. 14. Caberá ao Superintendente da Região de Saúde organizar sua rede de modo a garantir o acesso das famílias não territorializadas residentes em sua Região a serviços oferecidos somente sob demanda programada, tais como pré-natal e puerpério, rastreamento de câncer de mama e de colo de útero, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, marcação de exames e consultas em atenção primária ou em especialidades focais.

Art. 15. Todas as movimentações de servidores previstas nesta Portaria, exceto as realizadas dentro da mesma Região de Saúde, serão encaminhadas à SUGEP, que as realizará como prioridade, considerando a necessidade de otimização da força de trabalho.

Art. 16. Ficam proibidas novas lotações e movimentações de qualquer servidor para unidade básica de saúde, a não ser para a composição de equipes em conformidade com o art. 6º da Portaria nº 77, de 2017, ainda que tenha restrições laborais.

§ 1º Ficam excluídos do disposto no caput lotações e movimentações de farmacêuticos em número suficiente para perfazer 40 (quarenta) horas por GSAP, e técnicos administrativos para a GSAP em número suficiente para perfazer no máximo 40 (quarenta) horas para cada equipe de transição ou para cada três equipes de saúde da família.

§ 2º Em casos de comprovada necessidade do serviço, o Secretário de Estado de Saúde poderá excepcionalizar as regras previstas neste artigo, mediante requerimento justificado do Superintendente da Região.

Art. 17. Ficam proibidas lotações ou movimentações para a Atenção Primária de qualquer médico de especialidade diversa de Medicina de Família e Comunidade, ainda que tenha restrições laborais.

Parágrafo único. O disposto no caput não se aplica às equipes de Atenção Primária previstas nos incisos VI a X do art. 6º da Portaria nº 77, de 2017, respeitadas as competências próprias da especialidade e sua adequação às atividades dessas equipes.

Art. 18. No prazo de 60 (sessenta) dias contados da publicação desta Portaria, os servidores médicos poderão solicitar mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade, desde que apresentem certificado de conclusão de residência médica ou título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, registrado no CRM, e cumpram os demais requisitos previstos na regulamentação própria.

Art. 19. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

ANEXO I

FORMULÁRIO DE OPÇÃO POR PARTICIPAÇÃO EM EQUIPE DE TRANSIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Eu, (nome do servidor), (matrícula do servidor), ocupante do cargo de (cargo do servidor), na especialidade (especialidade do servidor), admitido na SES em (data da posse), atualmente lotado no (lotação do servidor), venho exercer a opção prevista no art. 5º da Portaria nº 77, por compor equipe de transição na Atenção Primária.

Ao assinar o presente termo, declaro que tenho conhecimento do inteiro teor das Portarias nº 77 e 78, de 2017, especialmente de que:

I - os membros da equipe de transição têm a obrigação de participar integralmente da capacitação em saúde da família oferecida e atingir nível suficiente de aproveitamento, avaliado mediante instrumento próprio;

II - os médicos considerados aptos após a capacitação deverão solicitar mudança de especialidade para Medicina de Família e Comunidade;

III - todas as equipes de transição serão convertidas, no prazo de um ano, em equipes de saúde da família;

IV - os membros das equipes de transição poderão ser distribuídos por equipes de saúde da família ou unidades distintas, a fim de compor o maior número possível de equipes consistidas;

V - os servidores da Atenção Primária que por qualquer motivo não fizerem parte da Estratégia Saúde da Família, ou de equipes de transição enquanto durar o processo de conversão, serão realotados em outros níveis de atenção, não necessariamente na mesma Região de Saúde, respeitadas as atribuições de cargo e da especialidade, o interesse público e a necessidade da população.

VI - Após a conversão final das equipes de transição em equipes de saúde da família, com a implementação de todas as estruturas e competências previstas na Portaria nº 77, de 2017, seus membros serão considerados profissionais de saúde da família para todos os fins legais.

Brasília, (data),

(Assinatura do servidor)

SECRETARIA DE ESTADO DE MOBILIDADE

TRANSPORTE URBANO DO DISTRITO FEDERAL

INSTRUÇÃO Nº 43, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2017.

O DIRETOR-GERAL DA TRANSPORTE URBANO DO DISTRITO FEDERAL, no uso de suas atribuições legais e regimentais, em especial o artigo 7º, do Regimento Interno desta Autarquia, aprovado pelo Decreto nº 27.660, de 24 de janeiro de 2007, RESOLVE:

Art. 1º Reinstaurar, sem prejuízo dos atos anteriormente praticados, o Procedimento de Sindicância nº 13/2016, de que trata a Instrução nº 232, publicada no DODF de 12/08/2016, reinstaurada pela última vez por meio da Instrução nº 08, publicada no DODF de 11/01/2017.

Art. 2º Estabelecer o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Instrução, para a conclusão dos trabalhos.

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

LÉO CARLOS CRUZ

DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM DO DISTRITO FEDERAL

INSTRUÇÃO Nº 16, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017.

O DIRETOR GERAL DO DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM DO DISTRITO FEDERAL, usando das atribuições previstas no Artigo 106, Inciso IX do Regimento aprovado pelo Decreto nº 37.949, de 12/01/2017, combinado com o artigo 211 da Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011, e tendo em vista os fatos noticiados no processo nº 113.009410/2015, RESOLVE:

Art. 1º Indeferir o requerimento referente ao SISDOC nº 10589/2016, fls. 298 e 309, conforme despacho da Corregedoria às fls.339.

Art.2º À SUAFIN encaminhado para providências pertinentes.

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

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

HENRIQUE LUDUVICE

Sector Protocolo Legislativo

2DL Nº 2461 2017

Folha Nº 14 Paula

Assunto: Distribuição do Projeto de Decreto Legislativo nº 246/17 que “Susta os efeitos das Portarias nº 231, de 07 de outubro de 2016, nº 75, de 13 de fevereiro de 2017, nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 e nº 78 de 14 de fevereiro de 2017, todas da secretaria de estado de saúde”.

Autoria: Deputado(a) Celina Leão (PPS) , Raimundo Ribeiro (PPS) e Wellington Luiz (PMDB)

Ao SPL para indexações, em seguida ao SACP, para conhecimento e providências protocolares, informando que a matéria tramitará, em análise de mérito e admissibilidade na CCJ (RICL, art. 63, III, “j” e inciso I).

Em 22/02/17



MARCELO FREDERICO M. BASTOS

Matrícula 13.821

Assessor Legislativo