



ITAPEMA- SC

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEMA -
SANTA CATARINA

Técnico em Enfermagem

EDITAL DE ABERTURA N.º 01/2023

CÓD: SL-100NV-23
7908433245520

Língua Portuguesa

1. Compreensão e interpretação de textos	9
2. Ortografia oficial, incluindo as alterações promovidas pelo Novo Acordo Ortográfico	10
3. Flexão em gênero e número dos substantivos e adjetivos	10
4. Acentuação gráfica, incluindo as alterações promovidas pelo Novo Acordo Ortográfico	12
5. Emprego de crase	13
6. Emprego de conectivos, pronomes e numerais e advérbios.	14
7. Colocação pronominal.	19
8. Concordância nominal e verbal	20
9. Regência nominal e verbal.....	21
10. Emprego de sinônimos, antônimos, homônimos e parônimos	24
11. Sintaxe da oração (período simples: termos essenciais, integrantes e acessórios da oração) e do período (período composto por coordenação e por subordinação).....	24
12. Processos de formação de palavras	29
13. Conjugação e emprego de verbos.....	31
14. Empregos dos sinais de pontuação.....	31

Matemática / Raciocínio Lógico

1. Análise e interpretação de gráficos e tabelas envolvendo dados numéricos	43
2. Sistema legal de unidades de medida de massa e comprimento no Brasil.....	48
3. Operações básicas com números inteiros, fracionários e decimais.....	50
4. Geometria: perímetro, área e volume das principais figuras geométricas	58
5. Regra de três simples e composta. Razão. Proporção	63
6. Porcentagem. Juros simples.....	66
7. Equações: 1º grau, 2º grau e sistemas	68
8. Relações métricas e trigonométricas no triângulo retângulo	73
9. Análises combinatórias. Probabilidade.....	74
10. Raciocínio lógico	77

Conhecimentos Gerais

1. Noções gerais sobre a vida econômica, social, política, tecnológica, relações exteriores, segurança e ecologia com as diversas áreas correlatas do conhecimento histórico-geográficas em nível nacional e internacional. Atualidades em diversas áreas, como: Segurança, Transportes, Política, Economia, Sociedade, Educação, Saúde, Cultura, Tecnologia, Energia e Relações internacionais, Desenvolvimento sustentável. As transformações políticas no mundo contemporâneo.....	87
2. História do Brasil, a partir da 1ª República.	87
3. Problemas ambientais	93
4. Espaço natural nacional: relevo, clima, vegetação, hidrografia e recursos minerais e energéticos.....	93
5. Aspectos históricos e geográficos do Estado e do Município	100

Conhecimentos de Informática

1. Conhecimentos básicos em Informática: Sistema Operacional Windows, Conhecimento sobre o pacote Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint), Internet, Anti-vírus.	121
2. Rede de computadores; Conceitos básicos, ferramentas, aplicativos e procedimentos e internet e intranet; Programas de navegação (Microsoft Internet Explorer, Mozilla Firefox e Google Chrome);	146
3. Programas de correio eletrônico (Outlook Express e Mozilla Thunderbird); Sítios de busca e pesquisa na internet; Grupos de discussão; Redes sociais.....	156

Conhecimentos Específicos Técnico em Enfermagem

1. Enfermagem: conceito, objetivos, categorias e atribuições.....	171
2. Noções de Anatomia e Fisiologia	171
3. Esterilização, desinfecção, assepsia e antisepsia. Fontes de infecções: ambiente, paciente e equipe médica. Infecção hospitalar.	222
4. Técnicas e procedimentos: admissão do paciente.....	229
5. sistema de informação em enfermagem	232
6. prontuário	234
7. sinais vitais.....	234
8. aferição de altura e peso, lavagem das mãos, arrumação de cama, higiene oral, banhos	242
9. lavagem intestinal,	249
10. curativos.....	252
11. sondagem nasogástrica, sonda nasoenteral,	254
12. nebulização, inalação, aspiração.....	257
13. retirada de pontos.	264
14. Posições para exames	265
15. Administração de medicamentos.	267
16. Assistência cirúrgica: central de material de esterilização, tipos, potencial de contaminação, materiais e equipamentos dos centros	277
17. Atendimento de emergência: parada cardiorrespiratória, obstrução das vias aéreas superiores, hemorragias, traumatismos, desmaios, convulsões, queimaduras, picadas de animais peçonhentos	288
18. Saúde do profissional de enfermagem.	300
19. Conhecimento sobre as principais doenças Infecciosas e Parasitárias: AIDS, coqueluche, dengue, difteria, escarlatina, doença de chagas, esquistossomose, febre amarela, hanseníase, hepatites, leptospirose, malária, meningite, parotidite, poliomielite, raiva, rubéola, sarampo, tétano, tifoide, tuberculose, varicela e outras doenças do aparelho respiratório e circulatório.	312
20. Assistência de enfermagem ao recém-nascido e à parturiente (normal ou com complicações).....	333
21. Crescimento e desenvolvimento infantil.....	349
22. Assistência de enfermagem ao aleitamento materno	352
23. Oncologia pediátrica	362
24. envenenamento infantil.....	365
25. Enfermagem de Saúde Pública e Coletiva.....	366
26. Noções gerais de Saúde Pública e Coletiva: conceito de saúde e saúde pública e coletiva.....	366
27. Notificação compulsória	368

ÍNDICE

28. Lixo hospitalar	371
29. Calendário de vacinação	372
30. Noções de trabalho em equipe.....	376
31. Sistema Único de Saúde (SUS): Seus princípios	380
32. diretrizes e Leis (8.080/90 e 8.142/90)	382
33. Normas e Portarias atuais.....	392
34. Norma Operacional Básica (NOB/SUS/96).....	395
35. Estratégia Saúde da Família (ESF).....	409
36. Constituição da República Federativa do Brasil.	410
37. Ética Profissional: Código de ética profissional.....	412
38. Conselho Federal e Regional de Enfermagem (COREN e COFEN).	417

Entrevista: texto expositivo e é marcado pela conversa de um entrevistador e um entrevistado para a obtenção de informações. Tem como principal característica transmitir a opinião de pessoas de destaque sobre algum assunto de interesse.

Cantiga de roda: gênero empírico, que na escola se materializa em uma concretude da realidade. A cantiga de roda permite as crianças terem mais sentido em relação a leitura e escrita, ajudando os professores a identificar o nível de alfabetização delas.

Receita: texto instrucional e injuntivo que tem como objetivo de informar, aconselhar, ou seja, recomendam dando uma certa liberdade para quem recebe a informação.

ORTOGRAFIA OFICIAL, INCLUINDO AS ALTERAÇÕES PROMOVIDAS PELO NOVO ACORDO ORTOGRÁFICO.

— Definições

Com origem no idioma grego, no qual *orto* significa “direito”, “exato”, e *grafia* quer dizer “ação de escrever”, ortografia é o nome dado ao sistema de regras definido pela gramática normativa que indica a escrita correta das palavras. Já a Ortografia Oficial se refere às práticas ortográficas que são consideradas oficialmente como adequadas no Brasil. Os principais tópicos abordados pela ortografia são: o emprego de acentos gráficos que sinalizam vogais tônicas, abertas ou fechadas; os processos fonológicos (crase/acento grave); os sinais de pontuação elucidativos de funções sintáticas da língua e decorrentes dessas funções, entre outros.

Os acentos: esses sinais modificam o som da letra sobre a qual recaem, para que palavras com grafia similar possam ter leituras diferentes, e, por conseguinte, tenham significados distintos. Resumidamente, os acentos são agudo (deixa o som da vogal mais aberto), circunflexo (deixa o som fechado), til (que faz com que o som fique nasalado) e acento grave (para indicar crase).

O alfabeto: é a base de qualquer língua. Nele, estão estabelecidos os sinais gráficos e os sons representados por cada um dos sinais; os sinais, por sua vez, são as vogais e as consoantes.

As letras K, Y e W: antes consideradas estrangeiras, essas letras foram integradas oficialmente ao alfabeto do idioma português brasileiro em 2009, com a instauração do Novo Acordo Ortográfico. As possibilidades da vogal Y e das consoantes K e W são, basicamente, para nomes próprios e abreviaturas, como abaixo:

– Para grafar símbolos internacionais e abreviações, como *Km* (quilômetro), *W* (watt) e *Kg* (quilograma).

– Para transcrever nomes próprios estrangeiros ou seus derivados na língua portuguesa, como Britney, Washington, Nova York.

Relação som X grafia: confira abaixo os casos mais complexos do emprego da ortografia correta das palavras e suas principais regras:

«ch» ou «x»?: deve-se empregar o X nos seguintes casos:

– Em palavras de origem africana ou indígena. Exemplo: *oxum*, *abacaxi*.

– Após ditongos. Exemplo: *abaixar*, *faixa*.

– Após a sílaba inicial “en”. Exemplo: *enxada*, *enxergar*.

– Após a sílaba inicial “me”. Exemplo: *mexilhão*, *mexer*, *mexerica*.

“s” ou “x”?: utiliza-se o S nos seguintes casos:

– Nos sufixos “ese”, “isa”, “ose”. Exemplo: *síntese*, *avisa*, *verminose*.

– Nos sufixos “ense”, “osa” e “oso”, quando formarem adjetivos. Exemplo: *amazonense*, *formosa*, *jocoso*.

– Nos sufixos “ês” e “esa”, quando designarem origem, título ou nacionalidade. Exemplo: *marquês/marquesa*, *holandês/holandesa*, *burguês/burguesa*.

– Nas palavras derivadas de outras cujo radical já apresenta “s”. Exemplo: *casa* – *casinha* – *casarão*; *análise* – *analisar*.

Porque, Por que, Porquê ou Por quê?

– *Porque* (junto e sem acento): é conjunção explicativa, ou seja, indica *motivo/razão*, podendo substituir o termo *pois*. Portanto, toda vez que essa substituição for possível, não haverá dúvidas de que o emprego do *porque* estará correto. Exemplo: Não choveu, *porque/pois* nada está molhado.

– *Por que* (separado e sem acento): esse formato é empregado para introduzir uma pergunta ou no lugar de “o motivo pelo qual”, para estabelecer uma relação com o termo anterior da oração. Exemplos: *Por que* ela está chorando? / Ele explicou *por que* do cancelamento do show.

– *Porquê* (junto e com acento): trata-se de um substantivo e, por isso, pode estar acompanhado por artigo, adjetivo, pronome ou numeral. Exemplo: Não ficou claro o *porquê* do cancelamento do show.

– *Por quê* (separado e com acento): deve ser empregado ao fim de frases interrogativas. Exemplo: Ela foi embora novamente. *Por quê?*

Parônimos e homônimos

– **Parônimos:** são palavras que se assemelham na grafia e na pronúncia, mas se divergem no significado. Exemplos: *absolver* (perdoar) e *absorver* (aspirar); *aprender* (tomar conhecimento) e *apreender* (capturar).

– **Homônimos:** são palavras com significados diferentes, mas que coincidem na pronúncia. Exemplos: “gosto” (substantivo) e “gosto” (verbo gostar) / “este” (ponto cardeal) e “este” (pronome demonstrativo).

FLEXÃO EM GÊNERO E NÚMERO DOS SUBSTANTIVOS E ADJETIVOS.

Adjetivo Gênero

– **uniformes:** têm forma única para o *masculino* e o *feminino*. Funcionário *incompetente* = funcionária *incompetente*.

– **biformes:** troca-se a vogal “o” pela vogal “a” ou com o acréscimo da vogal “a” no final da palavra: ator *famoso* = atriz *famosa* / jogador *brasileiro* = jogadora *brasileira*.

Os adjetivos compostos recebem a flexão feminina apenas no segundo elemento: sociedade luso-brasileira / festa cívico-religiosa / *são* – *sã*.

Na região Sul do país, monge tinha o mesmo significado que beato no Nordeste. João Maria, quando vivo, fora contra a instauração da República e acreditava que somente a lei da monarquia era verdadeira. Apresentando-se como um continuador de suas ideias, José Maria organizou uma comunidade formada por milhares de homens e mulheres em Taquaruçu, nas proximidades do município catarinense de Curitibanos. Armados e sob a liderança de José Maria, eles criticavam a República.

Muitos homens e mulheres que participavam desse movimento conhecido como Contestado, por ter ocorrido em uma área disputada entre os estados do Paraná e de Santa Catarina, eram pequenos proprietários expulsos de suas terras devido à construção de uma ferrovia, a **Brazil Railway Company**, que ligaria os estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul. A empresa pertencia a um dos homens mais ricos do mundo, o estadunidense Percival Farquhar.

Como parte do pagamento à empresa construtora, o governo estadual doou 15 quilômetros de terras de cada lado da linha, prejudicando os camponeses que ali viviam. A situação era agravada pela presença de madeiras. Atacados pela polícia, em 1912, deslocaram-se para Palmas, no Paraná.

O governo do estado, que considerou se tratar de uma invasão dos catarinenses, atacou a comunidade e matou José Maria, dispersando a multidão de homens e mulheres que o seguia. Um ano depois, cerca de 12 mil fiéis se reagruparam em Taquaruçu. A liderança do movimento ficou a cargo de um conselho de chefes, que difundiu a crença de que José Maria regressaria à frente de um exército encantado para vencer as forças do mal e implantar o paraíso na Terra. Em fins de 1916, forças do Exército e das polícias estaduais, com o apoio de aviões, reprimiram o movimento, matando milhares de rebeldes.

O Modernismo

No Brasil, como em grande parte do mundo ocidental, a vida cultural era fortemente influenciada pelos europeus. No vestuário, na culinária, na literatura, na pintura, no teatro e em outras manifestações artístico-culturais, adorava-se, sobretudo, o padrão francês como modelo.

Com o fim da Primeira Guerra Mundial, em 1918, isso começou a mudar. A guerra resultou no declínio econômico e político dos países envolvidos no conflito e suscitou, ao menos nas Américas, a dúvida quanto à superioridade da cultura europeia. Nos anos 1920, em diversas cidades do Brasil, principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro, surgiram jornais, revistas e manifestos publicados por artistas e intelectuais que, preocupados com a modernização do país, discutiam o que era ser brasileiro. Recusavam-se a copiar padrões europeus e propunham uma nova maneira de pensar e definir o Brasil, valorizando a memória nacional e a pesquisa das raízes culturais dos brasileiros.

Era o movimento modernista, que se manifestou com grande impacto em São Paulo. Entre os dias 11 e 18 de fevereiro de 1922, o Teatro Municipal de São Paulo abrigou a **Semana de Arte Moderna**. Em três noites de apresentação, artistas e intelectuais exibiram suas obras: houve música, poesia, pintura, escultura, palestras e debates.

Nas artes plásticas, destacaram-se Anita Malfatti, Di Cavalcanti - responsável pela arte da capa do catálogo da exposição - e Lasar Segall (pintura); Vitor Brecheret (escultura); e Oswald Goeldi (gravura). Oswald de Andrade apresentou as revistas *Papel e Tinta* e *Pirralho*, leu textos e poemas.

Mário de Andrade, Ronald de Carvalho e Graça Aranha também leram seus trabalhos. O maestro Villa-Lobos impressionou o público quando, na orquestra que regia, incluiu instrumentos de congada, tambores e uma folha de zinco. O público vaiou.

Acostumada ao padrão europeu de música, a audiência rejeitava os instrumentos musicais das culturas africanas e indígenas. Para os modernistas, era preciso mostrar às elites que essas culturas também eram formadoras da cultura nacional.

O Tenentismo

Enquanto isso, setores da média oficialidade do Exército - como tenentes e capitães - atacavam o governo com armas, em um movimento conhecido como tenentismo. Alguns criticavam o liberalismo e defendiam um Estado forte e centralizado, expressando um nacionalismo não muito bem definido. Exigiam a moralização da política e das eleições e defendiam a adoção do voto secreto. Muitos se mostravam ressentidos com os políticos, pelo papel secundário do Exército na política nacional. A primeira revolta tenentista ocorreu no Rio de Janeiro, em 1922. Após os rebelados tomarem o Forte de Copacabana, canhões foram disparados contra alvos considerados estratégicos. O objetivo era impedir posse do presidente eleito Arthur Bernardes e, no limite, derrubar o governo.

O presidente Epitácio Pessoa, com o apoio do Exército e da Marinha, ordenou o bombardeamento do forte. Muitos desistiram da luta, mas 17 deles decidiram resistir. Com fuzis nas mãos, marcharam pela avenida Atlântica. Um civil se juntou a eles. Ao final, sobraram apenas os militares Siqueira Campos e Eduardo Gomes.

A rebelião ficou conhecida como a Revolta dos 18 do Forte.

Em 1924, eclodiu outra revolta tenentista, dessa vez em São Paulo. Os revoltosos tomaram o poder na capital paulista. O objetivo era incentivar revoltas todo o país até a derrubada do presidente Arthur Bernardes. A reação do governo federal foi bombardear a cidade. Acuada, os revoltosos resolveram marchar para Foz do Iguaçu.

A Coluna Prestes

Enquanto isso, no Rio Grande do Sul, o jovem capitão Luís Carlos Prestes liderava uma coluna militar que, partindo de Santo Ângelo, marchava ao encontro dos rebelados paulistas em Foz do Iguaçu. Quando se encontraram, em abril de 1925, formaram a **Coluna Prestes-Miguel Costa** e partiram em direção ao interior do país, para mobilizar a população contra o governo e as oligarquias.

Com cerca de 1500 homens, atravessaram 13 estados. Perseguido pelo Exército, Prestes, com táticas militares inteligentes, impôs várias derrotas às tropas governistas - que nunca o derrotaram. Após marcharem 25 mil quilômetros, cansados e sem perspectivas, em 1927 os soldados da coluna entraram no território boliviano, onde conseguiram asilo político. Por sua luta e capacidade de comando, Luís Carlos Prestes passou a ser considerado um herói e conhecido como "Cavaleiro da Esperança".

CONHECIMENTOS GERAIS

Antes de tudo e fundamentalmente, a mineração precisa ser responsável.

O setor mineral, principalmente após o rompimento das barragens de Mariana e Brumadinho, posicionou-se a favor de uma profunda e rápida transmutação de suas práticas, buscando um maior equilíbrio entre exploração de recursos com preservação ambiental, desenvolvimento econômico e compromisso com a saúde e a qualidade de vida dos assalariados e da população do entorno.

Diante do contexto das mudanças ocorridas após o rompimento da represa, a indústria de mineração está procurando tomar medidas para afinar suas práticas para encontrar operações mais sustentáveis para o futuro. A indústria foi umas das primeiras a adequar sua estratégia de negócios aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), da agenda de 2030, da Organização das Nações Unidas (ONU), onde existem metas que contribuem para o desenvolvimento sustentável em todo o mundo

ASPECTOS HISTÓRICOS E GEOGRÁFICOS DO ESTADO E DO MUNICÍPIO.

SANTA CATARINA

Santa Catarina é um estado pertencente à região Sul do Brasil. O estado possui a vigésima maior extensão territorial, com 95 736,165 km² e está dividido em 295 municípios.



Fonte: Wikipedia

alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

11.2.4. As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais - tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários - e o rigoroso monitoramento da regularidade e da fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços.

11.2.5. O exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a apropriação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política da alocação dos recursos.

11.2.6. O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridade de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos. O acompanhamento da execução das ações programadas é feito permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa e quantitativa destas ações. A avaliação do cumprimento das ações programadas em cada nível de governo deve ser feita em Relatório de Gestão Anual, cujo roteiro de elaboração será apresentado pelo MS e apreciado pela CIT e pelo CNS.

12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, conforme mencionado anteriormente, configuram o TFA, e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PAB, assim como o valor *per capita* nacional único - base de cálculo deste Piso - são propostos pela CIT e votados no CNS. Nessas definições deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento desses serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada, em todo o País. O valor *per capita* nacional único é reajustado com a mesma periodicidade, tendo por base, no mínimo, o incremento médio da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A transferência total do PAB será suspensa no caso da não-alimentação, pela SMS junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional, por mais de dois meses consecutivos.

12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integralmente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS) com base em normas da direção nacional do SUS.

- a) Programa de Saúde da Família (PSF):
- o acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
 - o acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
 - o acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município.

- b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):
- o acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;
 - o acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
 - o acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município.

- c) Os percentuais não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

Os percentuais acima referidos são revistos quando do incremento do valor *per capita* nacional único, utilizado para o cálculo do PAB e do elenco de procedimentos relacionados a este Piso. Essa

16.4. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

16.4.1. Responsabilidades Específicas

a. Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.

b. Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.4.2. Requisitos Específicos

a. Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.

b. Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.

c. Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.

d. Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.4.3. Prerrogativas

a. Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.

b. Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR).

c. Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

d. Transferência regular e automática do Índice de valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).

e. Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.

f. Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.

g. Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

17. 1. As responsabilidades que caracterizam cada uma das condições de gestão definidas nesta NOB constituem um elenco mínimo e não impedem a incorporação de outras pactuadas na CIB e aprovadas pelo CES, em especial aquelas já assumidas em decorrência da NOB-SUS Nº 01/93.

17.2. No processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB, são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS Nº 01/93, cabendo ao município ou ao estado pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento dos requisitos introduzidos ou alterados pela presente Norma Operacional, observando os seguintes procedimentos:

17.2.1. para que os municípios habilitados atualmente nas condições de gestão incipiente e parcial possam assumir a condição plena da atenção básica definida nesta NOB, devem apresentar à CIB os seguintes documentos, que completam os requisitos para habilitação:

17.2.1.1. ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão;

17.2.1.2. ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação;

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

17.2.1.4. extrato de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativo ao trimestre anterior à apresentação do pleito;

17.2.1.5. comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS;

17.2.1.6. declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS;

17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;

17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e

17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS;

17.2.2. para que os municípios habilitados atualmente na condição de gestão semiplena possam assumir a condição de gestão plena do sistema municipal definida nesta NOB, devem comprovar à CIB:

17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;

17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio município ou contratados de outro gestor municipal;

17.2.2.3.a estruturação do componente municipal do SNA; e

17.2.2.4.a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1;

17.2.3. os estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.

17.3. A habilitação de municípios à condição de gestão plena da atenção básica é decidida na CIB dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A SES respectiva deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos municípios a qualquer das condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.

17.4. A habilitação de estados a qualquer das condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.