



SMS RECIFE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RECIFE

Técnico de Enfermagem

EDITAL DE SELEÇÃO PÚBLICA Nº 01, DE 16 DE JANEIRO
DE 2024

CÓD: SL-150JN-24
7908433248903

Como passar em um concurso público?

Todos nós sabemos que é um grande desafio ser aprovado em concurso público, dessa maneira é muito importante o concurseiro estar focado e determinado em seus estudos e na sua preparação. É verdade que não existe uma fórmula mágica ou uma regra de como estudar para concursos públicos, é importante cada pessoa encontrar a melhor maneira para estar otimizando sua preparação.

Algumas dicas podem sempre ajudar a elevar o nível dos estudos, criando uma motivação para estudar. Pensando nisso, a Solução preparou esta introdução com algumas dicas que irão fazer toda a diferença na sua preparação.

Então mãos à obra!

- Esteja focado em seu objetivo: É de extrema importância você estar focado em seu objetivo: a aprovação no concurso. Você vai ter que colocar em sua mente que sua prioridade é dedicar-se para a realização de seu sonho;
- Não saia atirando para todos os lados: Procure dar atenção a um concurso de cada vez, a dificuldade é muito maior quando você tenta focar em vários certames, pois as matérias das diversas áreas são diferentes. Desta forma, é importante que você defina uma área e especializando-se nela. Se for possível realize todos os concursos que saírem que englobe a mesma área;
- Defina um local, dias e horários para estudar: Uma maneira de organizar seus estudos é transformando isso em um hábito, determinado um local, os horários e dias específicos para estudar cada disciplina que irá compor o concurso. O local de estudo não pode ter uma distração com interrupções constantes, é preciso ter concentração total;
- Organização: Como dissemos anteriormente, é preciso evitar qualquer distração, suas horas de estudos são inegociáveis. É praticamente impossível passar em um concurso público se você não for uma pessoa organizada, é importante ter uma planilha contendo sua rotina diária de atividades definindo o melhor horário de estudo;
- Método de estudo: Um grande aliado para facilitar seus estudos, são os resumos. Isso irá te ajudar na hora da revisão sobre o assunto estudado. É fundamental que você inicie seus estudos antes mesmo de sair o edital, buscando editais de concursos anteriores. Busque refazer a provas dos concursos anteriores, isso irá te ajudar na preparação.
- Invista nos materiais: É essencial que você tenha um bom material voltado para concursos públicos, completo e atualizado. Esses materiais devem trazer toda a teoria do edital de uma forma didática e esquematizada, contendo exercícios para praticar. Quanto mais exercícios você realizar, melhor será sua preparação para realizar a prova do certame;
- Cuide de sua preparação: Não são só os estudos que são importantes na sua preparação, evite perder sono, isso te deixará com uma menor energia e um cérebro cansado. É preciso que você tenha uma boa noite de sono. Outro fator importante na sua preparação, é tirar ao menos 1 (um) dia na semana para descanso e lazer, renovando as energias e evitando o estresse.

A motivação é a chave do sucesso na vida dos concurseiros. Compreendemos que nem sempre é fácil, e às vezes bate aquele desânimo com vários fatores ao nosso redor. Porém tenha garra ao focar na sua aprovação no concurso público dos seus sonhos.

Como dissemos no começo, não existe uma fórmula mágica, um método infalível. O que realmente existe é a sua garra, sua dedicação e motivação para realizar o seu grande sonho de ser aprovado no concurso público. Acredite em você e no seu potencial.

A Solução tem ajudado, há mais de 36 anos, quem quer vencer a batalha do concurso público. **Vamos juntos!**

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de texto	9
2. Tipologia textual e gêneros textuais	10
3. Ortografia: emprego das letras	17
4. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem	21
5. Sintaxe: reconhecimento dos termos da oração; reconhecimento das orações num período	29
6. Concordância verbal; Concordância nominal	32
7. Colocação de pronomes	33
8. Ocorrência da crase	34
9. Regência verbal; Regência nominal	34
10. Processo de formação das palavras	37
11. Coesão	39
12. Sentido próprio e figurado das palavras	39
13. Pontuação	40
14. Figuras de Linguagem	42
15. Acentuação gráfica	44

Conhecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) / Saúde Coletiva

1. Evolução Histórica do Sistema de Saúde no Brasil e Reforma Sanitária	55
2. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes, estrutura e organização	58
3. Controle Social no SUS	65
4. Constituição Federal de 1988 – Título VIII – artigo 194 a 200	68
5. Leis Orgânicas da Saúde - Lei nº 8.080/90	70
6. Lei nº 8.142/90	80
7. Decreto Presidencial nº 7.508/2011	82
8. Determinantes sociais da saúde	86
9. Vigilância em Saúde	86
10. Transição Demográfica, Epidemiológica e Nutricional no Brasil	92
11. Doenças emergentes e reemergentes na realidade brasileira	95
12. Sistema de Saúde de Recife	100
13. Plano Municipal de Recife 2022/2025	101
14. Ouvidoria do SUS	101
15. Carta dos direitos e deveres dos usuários da saúde	101
16. Política Nacional de Promoção da Saúde	108
17. Política Nacional de Atenção Básica – (PNAB) 2017	114
18. Programa Nacional de Segurança do Paciente	147
19. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde	152
20. Política Nacional de Humanização	152

ÍNDICE

21. Educação Popular em Saúde.....	157
22. Educação Permanente em Saúde	157
23. Covid-19: ações estratégicas, evidências científicas e vacinação.....	159

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Política Nacional de Promoção da Saúde; Política Nacional de Atenção Básica – (PNAB) 2017	163
2. Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (Portaria nº 635/2023).....	163
3. Política Nacional de Educação Popular em Saúde	166
4. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS	166
5. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	197
6. Política Nacional de Humanização	198
7. Serviços de Atenção Domiciliar.....	198
8. Código de Ética	200
9. Lei do Exercício Profissional	205
10. Noções gerais de anatomia e fisiologia humana. Noções de histologia dos tecidos	205
11. Noções de farmacologia	258
12. Programa Nacional de Imunizações: calendário, vacinas e soros heterólogos	268
13. Noções de microbiologia e parasitologia	281
14. Funcionamento dos sistemas: locomotor, cardiovascular, respiratório, nervoso, endócrino, urinário e órgãos genitais.....	283
15. Agentes infecciosos e ectoparasitos (vírus, bactérias, fungos, protozoários e artrópodes). Doenças transmissíveis pelos agentes infecciosos e ectoparasitos	284
16. Saneamento básico.....	289
17. Educação em saúde	292
18. Conceito e tipo de imunidade.....	292
19. Noções básicas sobre administração de fármacos: efeitos colaterais e assistência de enfermagem, cálculos de medicamentos e doses.....	293
20. Procedimentos técnicos de enfermagem	293
21. Assistência integral de enfermagem à saúde: do adulto, do idoso e mental.....	301
22. Assistência ao paciente com disfunções cardiovascular, circulatória, digestiva, gastrointestinal, endócrina, renal, do trato urinário, neurológica e musculoesquelética	328
23. Enfermagem materno-infantil	399
24. Assistência de enfermagem ao recém-nascido, à criança e ao adolescente hospitalizado	431
25. Enfermagem Clínico e cirúrgico	452
26. Assistência na emergência/urgência e no trauma	459
27. Assistência em terapia intensiva	484
28. Assistência em saúde coletiva.....	491
29. Noções básicas sobre as principais doenças de interesse para a saúde pública: Diarreia, cólera, dengue, febre amarela, doença de Chagas, esquistossomose, febre tifoide, meningite, tétano, sarampo, tuberculose, hepatite hanseníase, difteria, diabetes, hipertensão arterial, raiva, leishmaniose, doenças sexualmente transmissíveis	492
30. Humanização no cuidado do paciente/cliente.....	505

ÍNDICE

31. Biossegurança: conceito, normas de prevenção e controle de infecção hospitalar	505
32. Classificação de artigos e superfícies hospitalares aplicando conhecimentos de desinfecção, limpeza, preparo e esterilização de material.....	506
33. Preparação e acompanhamento de exames diagnósticos.....	512
34. Enfermagem em Saúde Mental	527
35. Medidas de prevenção à COVID-19	527
36. Trabalho interprofissional e em equipe	527
37. Ética profissional.....	528

LÍNGUA PORTUGUESA

LEITURA E INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

Definição Geral

Embora correlacionados, esses conceitos se distinguem, pois sempre que compreendemos adequadamente um texto e o objetivo de sua mensagem, chegamos à interpretação, que nada mais é do que as conclusões específicas. Exemplificando, sempre que nos é exigida a compreensão de uma questão em uma avaliação, a resposta será localizada no próprio no texto, posteriormente, ocorre a interpretação, que é a leitura e a conclusão fundamentada em nossos conhecimentos prévios.

Compreensão de Textos

Resumidamente, a compreensão textual consiste na análise do que está explícito no texto, ou seja, na identificação da mensagem. É assimilar (uma devida coisa) intelectualmente, fazendo uso da capacidade de entender, atinar, perceber, compreender. Compreender um texto é apreender de forma objetiva a mensagem transmitida por ele. Portanto, a compreensão textual envolve a decodificação da mensagem que é feita pelo leitor. Por exemplo, ao ouvirmos uma notícia, automaticamente compreendemos a mensagem transmitida por ela, assim como o seu propósito comunicativo, que é informar o ouvinte sobre um determinado evento.

Interpretação de Textos

É o entendimento relacionado ao conteúdo, ou melhor, os resultados aos quais chegamos por meio da associação das ideias e, em razão disso, sobressai ao texto. Resumidamente, interpretar é decodificar o sentido de um texto por indução.

A interpretação de textos compreende a habilidade de se chegar a conclusões específicas após a leitura de algum tipo de texto, seja ele escrito, oral ou visual.

Grande parte da bagagem interpretativa do leitor é resultado da leitura, integrando um conhecimento que foi sendo assimilado ao longo da vida. Dessa forma, a interpretação de texto é subjetiva, podendo ser diferente entre leitores.

Exemplo de compreensão e interpretação de textos

Para compreender melhor a compreensão e interpretação de textos, analise a questão abaixo, que aborda os dois conceitos em um texto misto (verbal e visual):

FGV > SEDUC/PE > Agente de Apoio ao Desenvolvimento Escolar Especial > 2015

Português > Compreensão e interpretação de textos

A imagem a seguir ilustra uma campanha pela inclusão social.



“A Constituição garante o direito à educação para todos e a inclusão surge para garantir esse direito também aos alunos com deficiências de toda ordem, permanentes ou temporárias, mais ou menos severas.”

A partir do fragmento acima, assinale a afirmativa **incorreta**.

- (A) A inclusão social é garantida pela Constituição Federal de 1988.
- (B) As leis que garantem direitos podem ser mais ou menos severas.
- (C) O direito à educação abrange todas as pessoas, deficientes ou não.
- (D) Os deficientes temporários ou permanentes devem ser incluídos socialmente.
- (E) “Educação para todos” inclui também os deficientes.

Comentário da questão:

Em “A” o texto é sobre direito à educação, incluindo as pessoas com deficiência, ou seja, inclusão de pessoas na sociedade. = afirmativa correta.

Em “B” o complemento “mais ou menos severas” se refere à “deficiências de toda ordem”, não às leis. = afirmativa incorreta.

Em “C” o advérbio “também”, nesse caso, indica a inclusão/adição das pessoas portadoras de deficiência ao direito à educação, além das que não apresentam essas condições. = afirmativa correta.

Em “D” além de mencionar “deficiências de toda ordem”, o texto destaca que podem ser “permanentes ou temporárias”. = afirmativa correta.

Em “E” este é o tema do texto, a inclusão dos deficientes. = afirmativa correta.

Resposta: Logo, a Letra B é a resposta Certa para essa questão, visto que é a única que contém uma afirmativa incorreta sobre o texto.

Compreender um texto trata da análise e decodificação do que de fato está escrito, seja das frases ou das ideias presentes. Interpretar um texto, está ligado às conclusões que se pode chegar ao conectar as ideias do texto com a realidade. Interpretação trabalha com a subjetividade, com o que se entendeu sobre o texto.

Interpretar um texto permite a compreensão de todo e qualquer texto ou discurso e se amplia no entendimento da sua ideia principal. Compreender relações semânticas é uma competência imprescindível no mercado de trabalho e nos estudos.

Quando não se sabe interpretar corretamente um texto pode-se criar vários problemas, afetando não só o desenvolvimento profissional, mas também o desenvolvimento pessoal.

Busca de sentidos

Para a busca de sentidos do texto, pode-se retirar do mesmo os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo. Isso auxiliará na apreensão do conteúdo exposto.

Isso porque é ali que se fazem necessários, estabelecem uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Por fim, concentre-se nas ideias que realmente foram explicitadas pelo autor. Textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Deve-se ater às ideias do autor, o que não quer dizer que o leitor precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não sejam criadas suposições vagas e inespecíficas.

Importância da interpretação

A prática da leitura, seja por prazer, para estudar ou para se informar, aprimora o vocabulário e dinamiza o raciocínio e a interpretação. A leitura, além de favorecer o aprendizado de conteúdos específicos, aprimora a escrita.

Uma interpretação de texto assertiva depende de inúmeros fatores. Muitas vezes, apressados, descuidamos dos detalhes presentes em um texto, achamos que apenas uma leitura já se faz suficiente. Interpretar exige paciência e, por isso, sempre releia o texto, pois a segunda leitura pode apresentar aspectos surpreendentes que não foram observados previamente. Para auxiliar na busca de sentidos do texto, pode-se também retirar dele os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo, isso certamente auxiliará na apreensão do conteúdo exposto. Lembre-se de que os parágrafos não estão organizados, pelo menos em um bom texto, de maneira aleatória, se estão no lugar que estão, é porque ali se fazem necessários, estabelecendo uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Concentre-se nas ideias que de fato foram explicitadas pelo autor: os textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Devemos nos ater às ideias do autor, isso não quer dizer que você precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não criemos, à revelia do autor, suposições vagas e inespecíficas. Ler com atenção é um exercício que deve ser praticado à exaustão, assim como uma técnica, que fará de nós leitores proficientes.

Diferença entre compreensão e interpretação

A compreensão de um texto é fazer uma análise objetiva do texto e verificar o que realmente está escrito nele. Já a interpretação imagina o que as ideias do texto têm a ver com a realidade. O leitor tira conclusões subjetivas do texto.

TIPOLOGIA TEXTUAL E GÊNEROS TEXTUAIS

Definições e diferenciação: tipos textuais e gêneros textuais são dois conceitos distintos, cada qual com sua própria linguagem e estrutura. Os tipos textuais gêneros se classificam em razão da estrutura linguística, enquanto os gêneros textuais têm sua classificação baseada na forma de comunicação. Assim, os gêneros são variedades existente no interior dos modelos pré-estabelecidos dos tipos textuais. A definição de um gênero textual é feita a partir dos conteúdos temáticos que apresentam sua estrutura específica. Logo, para cada tipo de texto, existem gêneros característicos.

Como se classificam os tipos e os gêneros textuais

As classificações conforme o gênero podem sofrer mudanças e são amplamente flexíveis. Os principais gêneros são: romance, conto, fábula, lenda, notícia, carta, bula de medicamento, cardápio de restaurante, lista de compras, receita de bolo, etc. Quanto aos tipos, as classificações são fixas, e definem e distinguem o texto com base na estrutura e nos aspectos linguísticos. Os tipos textuais são: narrativo, descritivo, dissertativo, expositivo e injuntivo. Resumindo, os gêneros textuais são a parte concreta, enquanto as tipologias integram o campo das formas, da teoria. Acompanhe abaixo os principais gêneros textuais inseridos e como eles se inserem em cada tipo textual:

Texto narrativo: esse tipo textual se estrutura em: apresentação, desenvolvimento, clímax e desfecho. Esses textos se caracterizam pela apresentação das ações de personagens em um tempo e espaço determinado. Os principais gêneros textuais que pertencem ao tipo textual narrativo são: romances, novelas, contos, crônicas e fábulas.

Texto descritivo: esse tipo compreende textos que descrevem lugares ou seres ou relatam acontecimentos. Em geral, esse tipo de texto contém adjetivos que exprimem as emoções do narrador, e, em termos de gêneros, abrange diários, classificados, cardápios de restaurantes, folhetos turísticos, relatos de viagens, etc.

Texto expositivo: corresponde ao texto cuja função é transmitir ideias utilizando recursos de definição, comparação, descrição, conceituação e informação. Verbetes de dicionário, enciclopédias, jornais, resumos escolares, entre outros, fazem parte dos textos expositivos.

Texto argumentativo: os textos argumentativos têm o objetivo de apresentar um assunto recorrendo a argumentações, isto é, caracteriza-se por defender um ponto de vista. Sua estrutura é composta por introdução, desenvolvimento e conclusão. Os textos argumentativos compreendem os gêneros textuais manifesto e abaixo-assinado.

Texto injuntivo: esse tipo de texto tem como finalidade de orientar o leitor, ou seja, expor instruções, de forma que o emissor procure persuadir seu interlocutor. Em razão disso, o emprego de verbos no modo imperativo é sua característica principal. Pertencem a este tipo os gêneros bula de remédio, receitas culinárias, manuais de instruções, entre outros.

Texto prescritivo: essa tipologia textual tem a função de instruir o leitor em relação ao procedimento. Esses textos, de certa forma, impedem a liberdade de atuação do leitor, pois decretam que ele siga o que diz o texto. Os gêneros que pertencem a esse tipo de texto são: leis, cláusulas contratuais, edital de concursos públicos.

Gêneros textuais predominantemente do tipo textual narrativo**Romance**

É um texto completo, com tempo, espaço e personagens bem definidos. Pode ter partes em que o tipo narrativo dá lugar ao descritivo em função da caracterização de personagens e lugares. As ações são mais extensas e complexas. Pode contar as façanhas de um herói em uma história de amor vivida por ele e uma mulher, muitas vezes, “proibida” para ele. Entretanto, existem romances com diferentes temáticas: romances históricos (tratam de fatos ligados a períodos históricos), romances psicológicos (envolvem as reflexões e conflitos internos de um personagem), romances sociais (retratam comportamentos de uma parcela da sociedade com vistas a realização de uma crítica social). Para exemplo, destacamos os seguintes romancistas brasileiros: Machado de Assis, Guimarães Rosa, Eça de Queiroz, entre outros.

Conto

É um texto narrativo breve, e de **ficção**, geralmente em prosa, que conta situações rotineiras, anedotas e até folclore. Inicialmente, fazia parte da literatura oral. *Boccaccio* foi o primeiro a reproduzi-lo de forma escrita com a publicação de *Decamerão*.

Ele é um gênero da esfera literária e se caracteriza por ser uma narrativa densa e concisa, a qual se desenvolve em torno de uma única ação. Geralmente, o leitor é colocado no interior de uma ação já em desenvolvimento. Não há muita especificação sobre o antes e nem sobre o depois desse recorte que é narrado no conto. Há a construção de uma tensão ao longo de todo o conto.

Diversos contos são desenvolvidos na tipologia textual narrativa: conto de fadas, que envolve personagens do mundo da fantasia; contos de aventura, que envolvem personagens em um contexto mais próximo da realidade; contos folclóricos (conto popular); contos de terror ou assombração, que se desenrolam em um contexto sombrio e objetivam causar medo no espectador; contos de mistério, que envolvem o suspense e a solução de um mistério.

Fábula

É um texto de caráter fantástico que busca ser inverossímil. As personagens principais não são humanos e a finalidade é transmitir alguma lição de moral.

Novela

É um texto caracterizado por ser intermediário entre a longevidade do romance e a brevidade do conto. Esse gênero é constituído por uma grande quantidade de personagens organizadas em diferentes núcleos, os quais nem sempre convivem ao longo do enredo. Como exemplos de novelas, podem ser citadas as obras *O Alienista*, de Machado de Assis, e *A Metamorfose*, de Kafka.

Crônica

É uma narrativa informal, breve, ligada à **vida cotidiana**, com linguagem coloquial. Pode ter um tom humorístico ou um toque de crítica indireta, especialmente, quando aparece em seção ou artigo de jornal, revistas e programas da TV. Há na literatura brasileira vários cronistas renomados, dentre eles citamos para seu conhecimento: Luís Fernando Veríssimo, Rubem Braga, Fernando Sabido entre outros.

Diário

É escrito em linguagem informal, sempre consta a data e não há um destinatário específico, geralmente, é para a própria pessoa que está escrevendo, é um relato dos acontecimentos do dia. O objetivo desse tipo de texto é guardar as lembranças e em alguns momentos desabafar. Veja um exemplo:

“Domingo, 14 de junho de 1942

Vou começar a partir do momento em que ganhei você, quando o vi na mesa, no meio dos meus outros presentes de aniversário. (Eu estava junto quando você foi comprado, e com isso eu não contava.)

Na sexta-feira, 12 de junho, acordei às seis horas, o que não é de espantar; afinal, era meu aniversário. Mas não me deixam levantar a essa hora; por isso, tive de controlar minha curiosidade até quinze para as sete. Quando não dava mais para esperar, fui até a sala de jantar, onde Moortje (a gata) me deu as boas-vindas, esfregando-se em minhas pernas.”

Trecho retirado do livro “Diário de Anne Frank”.

Gêneros textuais predominantemente do tipo textual descritivo**Currículo**

É um gênero predominantemente do tipo textual descritivo. Nele são descritas as qualificações e as atividades profissionais de uma determinada pessoa.

Laudo

É um gênero predominantemente do tipo textual descritivo. Sua função é descrever o resultado de análises, exames e perícias, tanto em questões médicas como em questões técnicas.

Outros exemplos de gêneros textuais pertencentes aos textos descritivos são: folhetos turísticos; cardápios de restaurantes; classificados; etc.

Gêneros textuais predominantemente do tipo textual expositivo**Resumos e Resenhas**

O autor faz uma descrição breve sobre a obra (pode ser cinematográfica, musical, teatral ou literária) a fim de divulgar este trabalho de forma resumida.

Na verdade resumo e/ou resenha é uma análise sobre a obra, com uma linguagem mais ou menos formal, geralmente os resenhistas são pessoas da área devido o vocabulário específico, são estudiosos do assunto, e podem influenciar a venda do produto devido a suas críticas ou elogios.

Verbete de dicionário

Gênero predominantemente expositivo. O objetivo é expor conceitos e significados de palavras de uma língua.

Relatório Científico

Gênero predominantemente expositivo. Descreve etapas de pesquisa, bem como caracteriza procedimentos realizados.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E REFORMA SANITÁRIA

As políticas públicas de saúde no Brasil têm sofrido modificações ao longo dos anos, e tais mudanças historicamente têm sido pelo menos aparentemente para adequarem-se aos contextos políticos, econômicos e sociais.

Somente com a chegada da família real, em 1808, é que algumas normas sanitárias foram impostas para os portos, numa tentativa de impedir a entrada de doenças contagiosas que pudessem colocar em risco a integridade da saúde da realeza. Em 1822, com a Independência do Brasil, algumas políticas débeis de saúde foram implantadas, tais políticas eram referentes ao controle dos portos e atribuía às províncias quaisquer decisões sobre tais questões.

Somente com a Proclamação da República, em 1889, é que as práticas de saúde em nível nacional tiveram início. Oswaldo Cruz e Carlos Chagas que estiveram à frente da Diretoria Geral de Saúde pública (DGSP), implementaram um modelo sanitarista visando erradicar epidemias urbanas e a criação de um novo Código de Saúde Pública, tornando-se responsável pelos serviços sanitários e de profilaxia no país, respectivamente.

O Estado brasileiro teve sua primeira intervenção em 1923, com a Lei Elói Chaves, através da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que asseguravam aos trabalhadores e empresas assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. Foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) passando a abranger uma quantidade maior de trabalhadores(3). Conforme refere Figueiredo; Tonini (2007), ao extinguir os IAPs, em 1967, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi implantado, atendendo, também, trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e trabalhadores com carteira assinada através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Somente no final da década de 80 deixou de exigir carteira de trabalho para atendimentos em hospitais, tornando a saúde menos excludente e mais universal.

Na década de 70 surgiu o Movimento da Reforma Sanitária que tinha como objetivo conquistar a democracia para mudar o sistema de saúde. O conceito saúde - doença bem como o processo de trabalho e a determinação social da doença foram discutidos. No final da década de 80 o quadro social e político no país era diferente, onde o movimento de redemocratização expandia-se pelos estados brasileiros e a oposição ganhava força no Congresso Nacional.

Dentro desse contexto ocorria, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que tinha como presidente Sérgio Arouca e que, pela primeira vez, foi verdadeiramente popular refletindo o momento pelo qual o país passava. O grande marco da VIII Conferência Nacional de Saúde foi a criação do Sistema Único Descen-

tralizado de Saúde (SUDS), que posteriormente tornou-se Sistema Único de Saúde (SUS) além de ter consolidado as ideias da Reforma Sanitária.

A saúde ganhou espaço a partir de então com a Constituição Federal de 1988 (CF\88) que criou o SUS rompendo, dessa forma, com o antigo modelo de saúde que era dominado pelo sistema previdenciário. A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Os princípios e diretrizes estabelecidos foram: descentralização, integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização.

O SUS foi regulamentado em 1990, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS), a Lei Nº 8.080 e a Lei Nº 8.142 onde se deu destaque para a construção de um modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, controle social, descentralização e regionalização com base municipal.

A primeira LOS regulamenta o SUS em todo o país definindo seus princípios e diretrizes, que contemplam a universalidade, a integralidade da assistência, equidade, descentralização e a participação da comunidade.

Estabelece condições para o norteamiento do gerenciamento e sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde. A segunda regulamenta a participação da sociedade na formulação das políticas de saúde, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos através do Fundo Nacional de Saúde, que faria o repasse de forma regular e automática para cada esfera.

As Normas Operacionais Básicas (NOB's) foram instituídas para nortear a operacionalização do sistema, sendo a mais importante a NOB\SUS 01-96, pois a partir dela o município tornou-se o principal responsável por atender às necessidades do cidadão com requisitos de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, onde o Município passou a ser responsável, dentre outras, pela elaboração da programação municipal dos serviços básicos de saúde bem como pelos serviços de referência ambulatorial especializada e hospitalar; executar ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, de média e alta complexidade; manter os sistemas de cadastros atualizados e avaliar o impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde da população e do meio ambiente.

A União passou a normalizar e financiar e os Municípios a executar as ações. Criou a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que tinha como objetivo alocar recursos de assistência à saúde nos estados e municípios, como forma de universalizar o acesso da população a todo tipo de assistência nos três níveis de complexidade. Também foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), que alterou o financiamento das ações básicas, tornando necessário uma avaliação da aplicação dos recursos e impactos.

A NOAS - SUS 01\2001 transformou o modelo vigente de gestão em Gestão Plena da Atenção Básica - Ampliada (GPAB-A), ampliando o debate sobre a municipalização\regionalização e instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que estabeleceu as diretrizes para uma assistência regionalizada, organizada, de forma que o

território estadual foi dividido em regiões e microrregiões de saúde tendo como base critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, a oferta de serviços e a acessibilidade que a população tem aos mesmos, bem como o diagnóstico dos problemas de saúde mais frequentes e das prioridades de intervenção.

E o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que define as prioridades e estabelece as estratégias no que se refere a investimentos dos recursos de modo que seja prestada assistência em todos os níveis de complexidade.

Em 2006 com o Pacto pela Saúde, foram extintas essas formas de habilitação, através da Portaria Nº 399\2006 passando a vigorar o Termo de Compromisso e Gestão (TCG) que contemplava atribuições dos entes federados bem como os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos.

Nas suas três dimensões, Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e Gestão do SUS, foram estabelecidas no primeiro seis prioridades representando o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, que são: Saúde do Idoso; Controle do câncer de colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.

Em 2008 a Portaria do MS Nº 325\08 criou mais cinco prioridades no Pacto pela Vida passando a totalizar onze prioridades. As cinco prioridades estabelecidas foram: Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do Homem.

O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e o Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades dos entes federados para o fortalecimento da gestão em seus eixos de ação.

Já em 2011 com o Decreto Nº 7.508\2011 o TCG foi substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) tendo como objetivo a organização e a integração das ações e serviços de saúde, sob responsabilidade dos entes federativos com a finalidade de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde a partir da definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, desempenho, recursos financeiros.

Reconhece a atenção básica como porta de entrada do sistema e como eixo principal das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que constitui um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com o intuito de garantir a integralidade tendo como porta de entrada para tais ações a atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto e a partir destes partem as referências para serviços de atenção ambulatorial e hospitalar especializado.

Por fim, o SUS representa o maior projeto de inclusão social no Brasil, proporcionando aos que antes eram excluídos pelo sistema garantia de assistência à saúde. Entretanto a despeito da mesma imponência do projeto gigantescas dificuldades são encontradas em sua implementação relacionadas ao financiamento, regulação incipiente, precárias condições de trabalho falhas na descentralização.

Necessitando de um fortalecimento no que se refere à regulação da assistência à saúde no país que apesar dos avanços obtidos com a descentralização explícita problemas como leitos insuficien-

tes para atender a demanda da população que necessita de atendimentos, principalmente de média e alta complexidade, que em sua maioria estão sob o poder do setor privado complementar e filantrópico.

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA¹

O termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde.

Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.

No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Brasília, esse grupo de pessoas, entre os quais estava Sergio Arouca, foi chamado de forma pejorativa de “partido sanitário”.

Apesar disso, o grupo não se constituía como partido, sua mobilização era mais ampla, sendo considerada uma ação social. Em uma dissertação de mestrado orientada por Sergio Arouca em 1986, Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário, a atuação desse grupo foi chamada pela primeira vez de movimento sanitário.

Surgiram, também, outras denominações, como “movimento pela reforma sanitária” e “movimento da reforma sanitária”. No livro O dilema preventivista uma nota feita por Arouca diz que todos esses termos podem ser usados indistintamente.

Considerado “o eterno guru da Reforma Sanitária”, Sergio Arouca costumava dizer que o movimento da reforma sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura. Existia uma ideia clara na área da saúde de que era preciso integrar as duas dimensões: ser médico e lutar contra a ditadura.

Os departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e da Universidade de Campinas e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro eram os espaços adequados para isso.

Esses locais abriram brechas para a entrada do novo pensamento sobre a saúde, lançado pelo movimento da reforma sanitária. Essa mudança começou no final dos anos 60 e início dos 70 - o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil - quando se constituiu a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina.

A forma de olhar, pensar e refletir o setor saúde nessa época era muito concentrada nas ciências biológicas e na maneira como as doenças eram transmitidas. Há uma primeira mudança quando as teorias das ciências sociais começam a ser incorporadas.

Essas primeiras teorias, no entanto, estavam muito ligadas às correntes funcionalistas, que olhavam para a sociedade como um lugar que tendia a viver harmonicamente e precisava apenas aparar arestas entre diferentes interesses. A grande virada da abordagem

1 <http://bvसारouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

da saúde foi a entrada da teoria marxista, o materialismo dialético e o materialismo histórico, que mostra que a doença está socialmente determinada.

No Brasil, duas teses são consideradas um marco divisor de águas que dá início à teoria social da medicina: O dilema preventivista, de Sergio Arouca, e Medicina e sociedade, de Cecília Donangelo, ambas de 1975. A partir daí, pode-se dizer que foi fundada uma teoria médico-social para análise de como as coisas se processam no campo da saúde no país. Essa nova abordagem se torna conhecimento relevante, reconhecido academicamente, difundido e propagado.

Durante todo o processo de modificação da abordagem da saúde, várias correntes se juntam como protagonistas. O movimento estudantil teve um papel fundamental na propagação das ideias e fez com que diversos jovens estudantes comessem a se incorporar nessa nova maneira de ver a saúde.

As Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária, realizadas pela primeira vez em 1974, e os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina, em especial os realizados entre 1976 e 1978, foram importantes nesse sentido, por serem espaços praticamente ignorados pela repressão militar, que não identificava o caráter político de suas discussões.

Entre esses diversos atores do movimento sanitário, destacam-se ainda os médicos residentes, que na época trabalhavam sem carteira assinada e com uma carga horária excessiva; as primeiras greves realizadas depois de 1968; e os sindicatos médicos, que também estavam em fase de transformação.

Esse movimento entra também nos conselhos regionais, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira - as entidades médicas começam a ser renovadas. A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, também é importante na luta pela reforma sanitária. A entidade surge com o propósito de lutar pela democracia, de ser um espaço de divulgação do movimento sanitário, e reúne pessoas que já pensavam dessa forma e realizavam projetos inovadores.

Entre 1974 e 1979, diversas experiências institucionais tentam colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária, como descentralização, participação e organização. É nesse momento que a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz se incorpora como espaço de atuação da abordagem marxista da saúde. Vários projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias, começaram a ser elaborados e pessoas que faziam política em todo Brasil foram treinadas.

Quando a ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas. Assim, esse movimento conseguiu se articular em um documento chamado Saúde e Democracia, que foi um grande marco, e enviá-lo para aprovação do Legislativo. Uma das coisas mais importantes, segundo Arouca, era transferir o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) para o Ministério da Saúde.

A ideia era fazer isso pelas conferências de saúde (que na época eram espaços burocráticos) convidando a sociedade para discutir e participar. A 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde. A partir da conferência, saiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu do movimento social. Esse é considerado o maior sucesso da reforma sanitária.

Arouca participou de perto de todas essas conquistas. Ele apresentou o documento Saúde e Democracia, presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, apresentou a emenda popular e, como Deputado Federal, foi designado como relator da extinção do Inamps.

Entre os resultados do movimento pela reforma sanitária, ele cita a conquista da universalização na saúde (o princípio constitucional que estabelece que todo brasileiro tem direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada; a ideia de que a saúde deve ser planejada com base nas conferências; a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários; e a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica 8080.

Pouco antes de morrer, Arouca dizia que era preciso retomar os princípios básicos da reforma sanitária, que não se resumiam à criação do SUS. Ela mostrava que o conceito de saúde e doença estava ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, era preciso discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente.

A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País.

A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuíam, prevalecendo a lógica contraprestacional e da cidadania regulada.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral.

Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes. Na esteira deste processo democrático constituinte, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas.

A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde.

A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema.

A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde.

O fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Constituição Federal de 1988, regulamentado na Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, e na Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular.

A promulgação da Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Técnico de Enfermagem

POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE; POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA – (PNAB) 2017

Prezado Candidato, o tema supracitado, já foi abordado na matéria de Conhecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) / Saúde Coletiva

Não deixe de conferir!

EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (PORTARIA Nº 635/2023)

PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023

Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE SUBSTITUTO, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II da Constituição, resolve:

Art. 1º Esta portaria institui incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - eMulti.

Parágrafo único. Para efeitos desta Portaria entende-se por eMulti equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Art. 2º São diretrizes e objetivos do processo de trabalho das eMulti, para atender a demanda em saúde da pessoa, da população e do território:

I - facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde, por meio do trabalho colaborativo entre profissionais das eMulti e das equipes citadas no parágrafo único do art. 4º;

II - pautar-se pelo princípio da integralidade da atenção à saúde;

III - ampliar o escopo de práticas em saúde no âmbito da APS e do território;

IV - integrar práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde, vigilância e formação em saúde na APS;

V - favorecer os atributos essenciais e derivados da APS, conforme orientado pela Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, por meio da atenção interprofissional, de modo a superar a lógica de fragmentação do cuidado que compromete a corresponsabilização clínica;

VI - oportunizar a comunicação, integração e articulação da APS com os outros serviços da RAS e intersetoriais, contribuindo para a continuidade de fluxos assistenciais;

VII - contribuir para aprimorar a resolubilidade da APS; e

VIII - proporcionar que a atenção seja contínua ao longo do tempo, por meio da definição de profissional de referência da eMulti e equipe vinculada, a fim de qualificar a diretriz de longitudinalidade do cuidado.

Parágrafo único. Incumbe às eMulti, prioritariamente, o desenvolvimento da integralidade das seguintes ações:

I - o atendimento individual, em grupo e domiciliar;

II - as atividades coletivas;

III - o apoio matricial;

IV - as discussões de casos;

V - o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes;

VI - a oferta de ações de saúde à distância;

VII - a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e

VIII - as práticas intersetoriais.

Art. 3º As eMulti são classificadas em 03 (três) modalidades de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional:

I - equipe Multiprofissional Ampliada - eMulti Ampliada;

II - equipe Multiprofissional Complementar - eMulti Complementar; e

III - equipe Multiprofissional Estratégica - eMulti Estratégica.

Art. 4º Todas as modalidades de eMulti deverão atender aos seguintes requisitos:

I - as eMulti serão compostas por um conjunto fixo e variável de profissionais de nível superior descritos no Anexo I desta Portaria;

II - a carga horária individual mínima médica exigida por equipe é de 10 horas semanais; e

III - a carga horária individual mínima das demais categorias profissionais exigida por equipe é de 20 horas semanais.

§ 1º As eMulti deverão ser vinculadas a uma ou mais das seguintes tipologias de equipes ou serviços:

I - equipe de Saúde da Família - eSF;

II - equipe de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR;

III - equipe de Consultório na Rua - eCR;

IV - equipe de Atenção Primária - eAP; ou

V - equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial - UBSF.

§ 2º Nenhuma equipe poderá estar vinculada a mais de uma eMulti simultaneamente.

Art. 5º Cada modalidade do eMulti deverá atender aos requisitos do art. 4º, bem como:

I - para a eMulti Ampliada:

a) ser vinculada a, no mínimo 10 (dez) e no máximo 12 (doze), equipes citadas no parágrafo único do art. 4º, no mesmo município ou em um conjunto de municípios;

b) cumprir a carga horária mínima de 300 (trezentas) horas semanais por equipe; e

c) não compor a carga horária de equipe com mais de 120 (cento e vinte) horas da mesma categoria profissional ou especialidade.

II - para a eMulti Complementar:

a) ser vinculada a no mínimo 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes citadas no parágrafo único do art. 4º;

b) cumprir a carga horária mínima de 200 (duzentas) horas semanais por equipe; e

c) não compor a carga horária de equipe com mais de 80 (oitenta) horas da mesma categoria profissional ou especialidade.

III - para a eMulti Estratégica:

a) ser vinculada a no mínimo 1 (uma) e no máximo 4 (quatro) equipes citadas no parágrafo único do art. 4º;

b) cumprir a carga horária mínima de 100 (cem) horas semanais por equipe; e

c) não compor a carga horária de equipe com mais de 40 (quarenta) horas da mesma categoria profissional ou especialidade.

§ 2º Um conjunto de municípios poderão pleitear a eMulti Ampliada, desde que atendam aos seguintes requisitos:

I - no ato da solicitação de credenciamento, deverá ser indicado o município eleito como sede do agrupamento de municípios, para fins de transferência mensal fundo-a-fundo do incentivo financeiro de custeio federal; e

II - a solicitação de credenciamento para conjunto de municípios deverá ser pactuada e aprovada na Comissão Intergestora Bipartite - CIB e, no caso do Distrito Federal, a pactuação dar-se-á no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF, havendo o encaminhamento da resolução respectiva via Sistema Eletrônico de Informações - SEI.

§ 3º A carga horária mínima exigida por equipe, de acordo com cada modalidade, deverá considerar o somatório da carga horária individual dos profissionais que compõem as eMulti.

§ 4º A participação de profissional em mais de uma equipe não configura duplicidade profissional, não sendo hipótese de suspensão da transferência de custeio federal, desde que haja compatibilidade de carga horária entre as equipes.

Art. 6º Todas as eMulti deverão:

I - ter cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;

II - fazer uso da Estratégia e-SUS APS, através do Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC, para registro das informações dos atendimentos; e

III - enviar produção no Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB.

§ 1º A Estratégia e-SUS APS poderá ser substituída pela eMulti, mediante uso de sistema terceiro, desde que contemple as mesmas funcionalidades;

§ 2º A identificação, no SCNES, das equipes credenciadas, nas modalidades tratadas no art. 3º, será definida em ato normativo da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, devendo estas estar em cadastradas nos mesmos tipos de estabelecimentos das equipes vinculadas.

Art. 7º Todas as eMulti poderão realizar, no processo de trabalho colaborativo com as equipes vinculadas, a integração e troca de informações de maneira virtual, além da presencial.

§ 1º O atendimento remoto deverá acontecer de forma assistida, com a presença de profissional da área de saúde intermediando os processos gerenciais demandantes entre pessoa atendida e profissional de saúde que realiza a consulta remotamente, bem como a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC.

§ 2º Para a execução do atendimento remoto, os estabelecimentos de saúde deverão dispor, minimamente, de:

I - sala para a atividade de atendimento remoto, por eMulti;

II - profissional da área da saúde, preferencialmente de nível técnico ou superior, para intermediar a utilização das TIC e os processos gerenciais da consulta; e

III - equipamentos de TIC suficientes para a realização de consultas de forma virtual, em qualidade adequada, incluindo, além do computador, webcam acoplada e microfone, ou equipamentos equivalentes, bem como conexão de internet.

§ 3º Os materiais de que trata o inciso III do parágrafo anterior poderão ser obtidos conforme lista da Relação de Equipamentos e Materiais financiáveis pelo para SUS - Renem, devendo seguir as normativas que regulamentam a estruturação de estabelecimentos de saúde.

§ 4º A oferta do atendimento remoto deverá estar disponível em todo o horário de funcionamento da unidade de vínculo da eMulti.

Art. 8º O credenciamento das eMulti seguirá as regras estabelecidas no item III - Do Credenciamento do tópico 6 do Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, com exceção dos critérios de priorização.

§ 1º Para fins de financiamento federal, fica estipulado o seguinte teto de credenciamento de eMulti, de acordo com a proporção abaixo:

I - eMulti Ampliada: a cada 10 (dez) equipes vinculadas homologadas, o município fará jus a 1 (uma) eMulti;

II - eMulti Complementar: a cada 05 (cinco) equipes vinculadas homologadas, o município fará jus a 1 (uma) eMulti; e

III - eMulti Estratégica: a cada equipe vinculada homologada, o município fará jus a 01 (uma) eMulti.

§ 2º Para alcance do teto eMulti, o município poderá compor com mais de uma modalidade, observadas as singularidades do território e mediante análise do Ministério da Saúde.

§ 3º Em razão do disposto no §2º do art. 4º, cada equipe homologada só será contabilizada para o credenciamento de uma eMulti, independentemente da modalidade.

Art. 9º Os critérios de priorização de credenciamento das modalidades de eMulti são:

I - o Índice de Vulnerabilidade Social - IVS do requerente, feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, na seguinte ordem de prioridade:

a) vulnerabilidade social muito baixa: $IVS < 0,2$;

b) vulnerabilidade social baixa: $IVS \geq 0,2$ e $< 0,3$;

c) vulnerabilidade social média: $IVS \geq 0,3$ e $< 0,4$;

d) vulnerabilidade social alta: $IVS \geq 0,4$ e $< 0,5$; e

e) vulnerabilidade social muito alta: IVS ³ 0,5 e £ 1; e

f) a maior eficiência na solicitação de equipes eMulti;

§ 1º Considera-se mais eficiente a solicitação que, utilizando a totalidade de uma determinada quantidade de equipes homologadas, requer o credenciamento de um número menor de equipes eMulti, por utilizar-se de modalidades mais abrangentes, tal como a eMulti Ampliada.

§ 2º Serão, também, priorizadas solicitações referentes a equipes em funcionamento e ainda não credenciadas ou sem adesão homologada pelo Ministério da Saúde, devidamente cadastrados no SCNES, atendendo às regras de composição e carga horária profissional, conforme Portaria SAPS/MS nº 60, de 26 de novembro de 2020.

Art. 10. O credenciamento para as eMulti deverá ser solicitado por meio de sistema de informação específico disponibilizado em endereço eletrônico do Ministério da Saúde referente à Atenção Primária à Saúde, conforme previsto no item III - Do Credenciamento, do tópico 6 do Anexo 1 ao Anexo XXII à Portaria de Consolidação nº 2, de 2017.

Art. 11. O acompanhamento e monitoramento das ações de saúde desenvolvidas pelas eMulti serão realizados por meio do SIS-AB.

Parágrafo único. O cadastro da eMulti e o envio regular de dados, conforme o cronograma dos sistemas de informação vigentes, são de responsabilidade da gestão municipal e distrital e dos profissionais das equipes.

Art. 12. Fica definido o incentivo financeiro de custeio das eMulti para os municípios, em conformidade com os critérios estabelecidos nesta Portaria, a ser repassado mensalmente, nos seguintes valores:

I - R\$ 36.000,00 (trinta e seis mil reais) por eMulti Ampliada;

II - R\$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais) por eMulti Complementar; e

III - R\$ 12.000,00 (doze mil reais) por eMulti Estratégica.

Art. 13. A eMulti que ofertar atendimento remoto de forma assistida, mediado por TIC, conforme art. 7º, fará jus, além do disposto no artigo anterior, a incentivo financeiro federal de custeio, nos seguintes valores:

I - R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) como incentivo mensal; e

II - R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) como incentivo na homologação em parcela única.

§ 1º Os incentivos financeiros de que tratam o caput são destinados à manutenção e estruturação das atividades de atendimento remoto pela eMulti.

§ 2º O credenciamento da eMulti que ofertar atendimento remoto de forma assistida ocorrerá de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde.

Art. 14. Fica definido o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho das eMulti, para os municípios em conformidade com os critérios estabelecidos nesta Portaria, e que alcançarem os indicadores, em avaliação quadrimestral, a ser repassado mensalmente, nos seguintes valores:

I - R\$ 9.000,00 (nove mil reais) por eMulti Ampliada;

II - R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por eMulti Complementar; e III - R\$ 3.000,00 (três mil reais) por eMulti Estratégica.

Parágrafo único. O dispositivo de pagamento por desempenho definido neste caput será aplicado a todas as modalidades de eMulti que estiverem credenciadas, homologadas e pagas pelo Ministério da Saúde, iniciando-se a aferição de indicadores a partir da competência de janeiro de 2024.

Art. 15. São indicadores do Pagamento por Desempenho a serem observados na atuação das eMulti:

I - percentual de solicitações respondidas pela eMulti em 72 horas;

II - satisfação da pessoa atendida pela eMulti;

III - resolução das ações interprofissionais com as eMulti;

IV - quantidade de ações realizadas pela eMulti; e

V - percentual de atendimentos remotos mediados por TIC realizados pela eMulti.

§ 1º O indicador do inciso V deste caput, será acompanhado e monitorado para fins de pagamento por desempenho apenas na eMulti homologada nos termos do art. 13.

§ 2º Após pactuação tripartite, as metas para os indicadores de que trata este artigo serão definidas em ato normativo específico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, com a especificação técnica dos indicadores definida em ficha de qualificação.

§ 3º O conjunto de indicadores do pagamento por desempenho e as regras de apuração poderão ser alterados após o monitoramento, avaliação e repactuação tripartite.

Art. 16. A apuração dos indicadores será realizada quadrimestralmente, entre os meses de janeiro a abril, maio a agosto e setembro a dezembro, e os resultados serão disponibilizados no quadrimestre subsequente.

§ 1º O pagamento mensal por desempenho de cada quadrimestre estará vinculado ao resultado obtido pelo município e pelo Distrito Federal no quadrimestre anterior.

§ 2º Em caso de irregularidades, a suspensão da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio adotará as regras de suspensão estabelecidas na Portaria SAPS/MS nº 60, de 26 de novembro de 2020, considerada a competência utilizada para o cálculo de que trata este artigo.

Art. 17. Ao final de cada ciclo anual, será devido, no mês subsequente ao último quadrimestre, pagamento de incentivo adicional de desempenho, em parcela única correspondente ao valor equivalente ao disposto no art. 14, de acordo com a média de alcance pela eMulti dos indicadores dos 03 (três) quadrimestres.

Parágrafo único. Para fins de cálculo do 1º (primeiro) ano, será considerada a média dos 02 (dois) últimos quadrimestres.

Art. 18. As eMulti credenciadas, em 2023, farão jus às parcelas mensais transferidas em depósito único referentes a este exercício financeiro.

§ 1º Para fins de repasse serão consideradas as competências de julho a dezembro de 2023.

§ 2º O repasse referente à competência de junho de 2023 será depositado para fins de incentivo de implantação.

§ 3º Fica estabelecido como prazo para solicitação e cadastro das eMulti de que trata este caput a competência de junho de 2023.

Art. 19. O repasse de recursos será descontinuado nos casos de:

I - descumprimento dos critérios previstos nesta Portaria, comprovados por meio dos sistemas de informação oficiais vigentes do Ministério da Saúde, por monitoramento e/ou supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde - SES ou por auditoria da Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde - Audsus, e demais órgãos de controle;