

[Legislação Correlata - Portaria 78 de 14/02/2017](#)

[legislação correlata - Portaria 202 de 17/04/2017](#)

[legislação correlata - Portaria 202 de 17/04/2017](#)

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 12.527, de 18 de novembro de 2011, e dá outras providências; Considerando a Portaria 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 no 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

cadastro, 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 sofram 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 ofertado 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 - Adscrição 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 da gestapo;

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, do 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 adscrita, que deve, no mínimo, ser ouvida, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento;

VII - Ordenação 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), um 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;

IX - Equipe de Saúde dos Centros de Referência de Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS): 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 (dezessete) 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 FEPECS 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 adscrito.

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 colpocitológico 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 APS 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 aos 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.

§ 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 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 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 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.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

Este texto não substitui o publicado no DODF nº 33, seção 1, 2 e 3 de 15/02/2017