

Secretaria de Estado da Saúde - SESA -

EDITAL Nº 001/2023

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO AOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO PARA APRESENTAREM PROPOSTA AO PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PROFAF/SUS/ES

A **Secretaria de Estado da Saúde**, por intermédio da **Subsecretaria de Atenção à Saúde, Gerência de Assistência Farmacêutica**, torna pública a abertura do edital de chamamento público aos municípios do Estado do Espírito Santo para apresentarem proposta ao Programa de Fortalecimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde - PROFAF SUS/ES, com base na Portaria Nº 053-R, de 11 de Julho de 2023, que dispõe sobre a implantação do Programa, e dá outras providências.

1) DO OBJETO E FINALIDADE DO EDITAL

1.1) O PROFAF SUS/ES é um Programa da Secretaria de Estado da Saúde, que tem como objetivo estabelecer parcerias com as secretarias municipais de saúde, dos municípios do Estado do Espírito Santo, para execução de ações de estruturação e fortalecimento da assistência farmacêutica municipal;

1.2) O presente edital tem por objeto a seleção de propostas para recebimento do incentivo, no valor de 20 mil reais, em parcela única, previsto no regramento do PROFAF;

1.3) O presente edital cumpre com os requisitos exigidos na Portaria Nº 053-R, de 11 de julho de 2023, e justifica-se pela relevância do PROFAF;

1.4) O PROFAF tem como objetivos específicos:

1.4.1) Promover a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização da assistência farmacêutica, em âmbito municipal;

1.4.2) Identificar projetos relevantes na área da assistência farmacêutica;

1.4.3) Proporcionar a divulgação de experiências e a sua aplicabilidade;

1.4.4) Valorizar as iniciativas individuais, estimular o desenvolvimento de novos projetos, visando à melhoria dos indicadores locais e à qualidade de vida dos municípios sob sua responsabilidade;

1.4.5) Estimular profissionais a propor soluções científicas para os problemas relacionados a medicamentos de sua realidade cotidiana;

1.4.6) Proporcionar a integração dos servidores, por meio da troca de experiências e da busca pela constante melhoria na qualidade dos serviços prestados aos cidadãos capixabas;

1.4.7) Contribuir para a identificação de necessidades da assistência farmacêutica municipal, para a elaboração de estratégias que visem a qualificar a atenção e a gestão em saúde, de forma a produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;

1.4.8) Incentivar a prática do cuidado farmacêutico;

1.5) Serão contemplados, por edição, três municípios que obtiverem maior pontuação no projeto, conforme critérios de avaliação constantes neste edital, obedecendo a seguinte disposição:

1.5.1) 01 (um) município que possua até 30.000 habitantes;

1.5.2) 01 (um) município que possua entre 30 e 100.000 habitantes;

1.5.3) 01 (um) município que possua mais de 100.000 habitantes;

1.6) A lista dos municípios pertencentes a cada uma das categorias descritas no item

1.5 está disponibilizada no Anexo I, deste edital, para consulta;

1.7) O cronograma do presente Edital está disposto no item 5.1, sendo que possíveis alterações serão oportunamente divulgadas no site <https://farmaciacidade.es.gov.br/profaf/>;

1.8) Os municípios contemplados com o incentivo deverão enviar um relatório parcial, após seis meses do recebimento do recurso; e um relatório final após um ano do recebimento do recurso, os quais devem ser elaborados por profissional farmacêutico com a descrição das atividades realizadas, conforme Formulário para elaboração de Relatórios de Projetos apoiados pelo PROFAF SUS/ES (Formulário VI).

2) INSCRIÇÃO

2.1) Todos os municípios do Estado do Espírito Santo estão habilitados para envio de proposta. Cada município poderá inscrever 1 (um) projeto para avaliação. O projeto deverá estar contemplado em uma das categorias a seguir:

2.1.1) Ações para implantação do Cuidado Farmacêutico;

2.1.2) Ações para adequação/estruturação do Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF);

2.1.3) Ações para adequação/estruturação dos serviços de assistência farmacêutica;

2.1.4) Ações para promoção da educação permanente e de capacitação dos profissionais inseridos na assistência farmacêutica;

2.2) Para efetivar a inscrição, deverão ser enviados os documentos abaixo listados:

2.2.1) Formulário de Inscrição (Formulário I), completamente preenchido e assinado pelo farmacêutico responsável e pelo secretário municipal de saúde;

2.2.2) Formulário correspondente à ação, na qual se enquadra o projeto, conforme descrito no item 2.1 (Formulários II, III, IV ou V), completamente preenchido e assinado pelo farmacêutico responsável e pelo secretário municipal de saúde;

2.2.2.1) A descrição do projeto deve contemplar todos os campos pré- estabelecidos no formulário, o qual, será preenchido conforme a ação proposta. O número total de páginas não pode ultrapassar 5 (cinco) páginas, excluindo-se a página de referências bibliográficas, com a formatação descrita nas instruções normativas do Anexo III;

2.2.3) Termo de autorização de uso de imagem, preenchido e assinado pelo responsável do projeto (Anexo II);

2.3) Os documentos devem ser enviados por meio do sistema E-Docs para SI-GEAF- NUGEPAR-PROFAF, dentro do prazo de inscrição, constante do cronograma, no item 5.1;

2.4) Apenas serão consideradas as inscrições que contenham todos os documentos solicitados, preenchidos corretamente e enviados dentro do prazo estabelecido. Em caso de não cumprimento de qualquer um dos requisitos, a inscrição será considerada inválida e o projeto será desclassificado;

Vitória (ES), quarta-feira, 20 de Setembro de 2023.

2.5) A Secretaria de Estado da Saúde não se responsabilizará por eventuais problemas técnicos e/ou relacionados à conexão de internet dos proponentes.

3) DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

3.1) A Comissão de Monitoramento e Avaliação do PROFAF tem como uma de suas competências avaliar os projetos inscritos, quanto à coerência com a proposta do programa e com o grupo de ações selecionado, sua relevância e viabilidade, conferindo nota para cada um dos parâmetros;

3.2) No mínimo, dois integrantes da Comissão analisarão e julgarão as propostas, seguindo os critérios estabelecidos neste edital;

3.3) A nota final para cada um dos critérios será calculada com base na média das notas dos dois avaliadores;

3.4) Os projetos serão distribuídos aos membros avaliadores de maneira aleatória, de forma que as avaliações sejam realizadas de maneira isenta e com base apenas nos critérios pré-estabelecidos neste edital;

3.6) Compete à comissão acompanhar a execução dos projetos aprovados, após divulgação dos municípios, contemplados para aquele edital, bem como, avaliar, posteriormente, a prestação de contas por meio dos relatórios enviados pelos municípios contemplados;

4)

5) 4) DA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS

4.1) As propostas recebidas serão avaliadas com base nas regras deste edital;

4.2) O não atendimento integral às regras exigidas neste edital, implicará na desclassificação da proposta apresentada;

4.3) A avaliação considerará os seguintes critérios:
4.3.1) Coerência: apresentar lógica, coesão, nexos e uniformidade com o tema proposto, de forma que não haja contradições ou traga dúvidas acerca do assunto;

4.3.2) Relevância: atualidade, grau de importância do tema, aplicabilidade e reprodutibilidade do conhecimento gerado;

4.3.3) Clareza: texto de fácil compreensão, conciso e sem ambiguidade, utilizando vocabulário adequado, emprego de redação gramaticalmente correta, clara, concisa, precisa e coerente;

4.3.4) Viabilidade: apresentar requisitos que passem a confiança da concretização da ação proposta, por meio da descrição da planificação necessária;

4.4) Para cada um dos critérios, o avaliador dará uma nota, de zero a dez, sendo que a nota final, será realizada por meio da soma das notas, dividida por quatro;

4.5) A ordem classificatória se dará da maior nota para a menor, sendo o município contemplado aquele que obtiver maior nota em cada uma das categorias descritas no item 1.4;

4.6) Os critérios de desempate seguirão a maior nota, respectivamente, nos critérios: viabilidade, coerência, relevância e clareza;

4.7) Os resultados serão divulgados conforme cronograma disponível no site <https://farmaciacidade.es.gov.br/profaf>;

4.8) As decisões da Comissão de Avaliação não serão suscetíveis a impugnações ou recursos;

4.9) O recurso financeiro será disponibilizado por

meio do Fundo Municipal de Saúde, após a divulgação do resultado final.

6) 5) DOS PRAZOS

5.1) O presente Edital respeitará o cronograma, a seguir, sendo que, possíveis alterações, serão oportunamente divulgadas no site <https://farmaciacidade.es.gov.br/profaf>

CRONOGRAMA	
Inscrições	25/09 a 13/10/2023
Avaliação dos Trabalhos	16/10 a 10/11/2023
Resultado	21/11/2023

6) DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1) A participação no presente processo, implica na concordância, por parte dos interessados, de todos os termos e condições deste edital.

6.2) A inobservância dos requisitos estabelecidos no presente edital implicará na desclassificação da proposta apresentada;

6.3) É de responsabilidade do interessado, o acompanhamento das informações e dos resultados divulgados por meio do site <https://farmaciacidade.es.gov.br/profaf>

6.4) Os casos omissos e as respectivas alterações, neste edital, serão solucionados pela Comissão de Monitoramento e Avaliação do PROFAF.

6.5) Esclarecimentos e informações adicionais poderão ser obtidos, por meio do endereço eletrônico sagempara@es.gov.br

Vitória, 19 de setembro de 2023.

MIGUEL PAULO DUARTE NETO

Secretário de Estado da Saúde

ANEXO I

LISTA DOS MUNICÍPIOS CATEGORIZADOS POR POPULAÇÃO

Categoria I - Municípios com até 30.000 habitantes

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (Portaria Nº 3.193/2019 - GM/MS)
Divino de São Lourenço	5.011
Mucurici	5.910
Dores do Rio Preto	6.749
Apiacá	7.567
Alto Rio Novo	7.836
Ponto Belo	7.863
São Domingos do Norte	8.638
Ibitirama	8.889
Vila Pavão	9.208
Águia Branca	9.642
Bom Jesus do Norte	9.936
São José do Calçado	10.556

Laranja da Terra	10.947
Itarana	11.259
Presidente Kennedy	11.574
Rio Novo do Sul	11.622
Atílio Vivacqua	11.936
Água Doce do Norte	12.091
Jeronimo Monteiro	12.192
Santa Leopoldina	12.224
Brejetuba	12.404
São Roque do Canaã	12.415
Ibiraçu	12.479
Governador Lindenberg	12.709
Conceição do Castelo	12.723
Marilândia	12.833
Irupi	13.377
Iconha	13.860
Itaguaçu	14.066
Vila Valério	14.080
Alfredo Chaves	14.601
Boa Esperança	15.037
Mantenópolis	15.350
Muqui	15.449
João Neiva	16.668
Marechal Floriano	16.694
Muniz Freire	18.826
Montanha	18.833
Rio Bananal	19.141
Vargem Alta	21.402
Fundão	21.509
Piúma	21.711
Ecoporanga	22.923
Pancas	23.184
Santa Teresa	23.590
Venda Nova do Imigrante	25.277
Ibatiba	26.082
Mimoso do Sul	26.153
Pedro Canário	26.184
Pinheiros	27.047
Iúna	29.161
Anchieta	29.263

Categoria II - Municípios de 30.000 a 100.000 habitantes

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (Portaria Nº 3.193/2019 - GM/MS)
Sooretama	30.070
Jaguaré	30.477
Afonso Cláudio	30.586
Guaçuí	30.867
Baixo Guandu	30.998
Conceição da Barra	31.063
Alegre	32.175
Domingos Martins	33.850
Itapemirim	34.348

Castelo	37.534
São Gabriel da Palha	37.947
Marataízes	38.499
Santa Maria de Jetibá	40.431
Barra de São Francisco	44.650
Nova Venécia	50.110
Viana	78.239

Categoria III - Municípios com mais de 100.000 habitantes

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (Portaria Nº 3.193/2019 - GM/MS)
Aracruz	101.220
Colatina	122.499
Guarapari	124.859
São Mateus	130.611
Linhares	173.555
Cachoeiro de Itapemirim	208.972
Vitória	362.097
Cariacica	381.285
Vila Velha	493.838
Serra	517.510

ANEXO II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____, portador(a) da Cédula de Identidade nº _____, inscrito(a) no CPF sob nº _____, residente à Rua _____, nº _____, na cidade de _____, AUTORIZO o uso de minha imagem, em fotos ou filme, sem finalidade comercial, para ser utilizada em eventuais divulgações do Programa de Fortalecimento da Assistência Farmacêutica - PROFAP/SUS/ES. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada, em todo o território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes; (III) divulgação em geral. Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem.

Vitória - ES, de _____ de 2023.

Assinatura

ANEXO III

INSTRUÇÕES NORMATIVAS PARA DESCRIÇÃO DO PROJETO

Para formatação da descrição do projeto, siga as orientações:

- Títulos: fonte Arial; tamanho 12; maiúsculas; negrito;
- Corpo do texto: fonte Arial; tamanho 12;
- Espaçamento entre linhas: 1,5 cm;
- Notas de rodapé: fonte Arial; tamanho 10;
- Citações: seguir normas ABNT.

Vitória (ES), quarta-feira, 20 de Setembro de 2023.

FORMULÁRIO I: INSCRIÇÃO

Município:
Microrregião:
Farmacêutico responsável: CPF:
Secretário de Saúde: CPF:

Dados da Equipe		
Autor principal:		CPF:
Profissão:		
Tipo de vínculo do autor () () Contratado principal: Efetivo		
Coautores:		
Área(s) envolvida(s):		
Dados do Projeto		
Título:		
Tipo de Ação: () Grupo I () Grupo II () Grupo III () Grupo IV		

Farmacêutico Responsável Secretário de Saúde Municipal

FORMULÁRIO II: AÇÃO DO GRUPO I - IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO NA FARMÁCIA

Município:
Dados do Projeto
Título:
Referencial Teórico e Justificativa
Faça um pequeno texto justificando a importância da implantação do cuidado farmacêutico para o seu município/Unidade de Saúde, com as referências pertinentes:

Plano de Ação
Faça uma descrição do passo-a-passo a ser estabelecido para implantação do cuidado farmacêutico (com descrição da ação, responsável e prazo para execução):
Perguntas direcionadoras:
<ul style="list-style-type: none"> • Existe(m), no município, profissional(is) farmacêutico(s) disponível(is) e preparado(s) para assumir o cuidado farmacêutico após sua implantação? • Qual será o público alvo do cuidado farmacêutico? • Quais instrumentos serão utilizados para monitoramento das ações do cuidado farmacêutico? • Quais indicadores de saúde pretende-se impactar com as ações do cuidado farmacêutico?

Utilização do Recurso
Descreva um breve planejamento para utilização do recurso recebido:

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que:

O envio deste projeto não garante, por si só, o recebimento do recurso, uma vez que passará por processo seletivo, com a avaliação dos critérios estabelecidos no edital;

No caso deste projeto ser selecionado, o recurso de R\$ 20 mil reais será recebido em parcela única e somente no ano em que for selecionado;

O valor NÃO será revisto e nem excedido, em caso de o investimento não ser suficiente para o alcance do objeto proposto;

A GEAF não se responsabiliza pela manutenção dos serviços implantados por meio deste incentivo, sendo importante que a Secretaria Municipal de Saúde esteja ciente e seja cooperativa para que esta manutenção ocorra em longo prazo;

Os autores assumem total e exclusiva responsabilidade a respeito de toda e qualquer reivindicação de terceiros que se sintam prejudicados pelo conteúdo descrito neste projeto. Em caso de plágio de qualquer espécie, a GEAF não responderá pelo autor, sendo este, o responsável por eventuais danos a terceiros, além de ser desclassificado deste edital e perder o direito de concorrer ao incentivo.

Farmacêutico Responsável

Secretário de Saúde Municipal

FORMULÁRIO III: AÇÃO DO GRUPO II - ADEQUAÇÃO/ ESTRUTURAÇÃO DO CAF

Município:
Dados do Projeto
Título:
Referencial Teórico e Justificativa
Faça um pequeno texto justificando a importância da adequação/estruturação do CAF para o seu município/Unidade de Saúde (podem ser anexadas fotos do CAF atual), com as referências pertinentes:
Plano de Trabalho
Faça uma descrição do passo-a-passo a ser estabelecido para adequação/estruturação do CAF (com ação, responsável e prazo para execução):

Perguntas direcionadoras:

- Atualmente, a situação do CAF impede a regularização sanitária? Alguma licença está pendente?
- Que impacto a reestruturação do CAF irá causar no serviço?
- No caso da necessidade de obras, existirá apoio técnico, por parte das demais secretarias municipais que podem estar envolvidas?

Utilização do Recurso

Descreva um breve planejamento para utilização do recurso recebido:

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que:

- O envio deste projeto não garante, por si só, o recebimento do recurso, uma vez que passará por processo seletivo, com a avaliação dos critérios estabelecidos no edital;
- No caso deste projeto ser selecionado, o recurso de R\$ 20 mil reais será recebido em parcela única e somente no ano em que for selecionado;
- O valor NÃO será revisto e nem excedido, em caso de o investimento não ser suficiente para o alcance do objeto proposto;
- A GEAF não se responsabiliza pela manutenção dos serviços implantados por meio deste incentivo, sendo importante que a Secretaria Municipal de Saúde esteja ciente e seja cooperativa para que esta manutenção ocorra em longo prazo;
- Os autores assumem total e exclusiva responsabilidade a respeito de toda e qualquer reivindicação de terceiros que se sintam prejudicados pelo conteúdo descrito neste projeto. Em caso de plágio de qualquer espécie, a GEAF não responderá pelo autor, sendo este, o responsável por eventuais danos a terceiros, além de ser desclassificado deste edital e perder o direito de concorrer ao incentivo.

Farmacêutico Responsável

Secretário de Saúde Municipal

FORMULÁRIO IV: AÇÃO DO GRUPO III - ADEQUAÇÃO/ ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Município:

Dados do Projeto

Título:

Referencial Teórico e Justificativa

Faça um pequeno texto justificando a importância da adequação/estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica para o seu município/ Unidade de Saúde, com as referências pertinentes:

Plano de trabalho

Faça uma descrição do passo-a-passo a ser estabelecido para adequação/ estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica (com ação, responsável e prazo para execução):

Perguntas Direcionadoras:

- Qual serviço da Assistência Farmacêutica será diretamente impactado com o projeto?
- Qual a relevância deste serviço para a Assistência Farmacêutica do município?
- Qual(is) a(s) melhora(s) esperada(s) com o projeto para a Assistência Farmacêutica municipal?

Utilização do recurso

Descreva um breve planejamento para utilização do recurso recebido:

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que:

- O envio deste projeto não garante, por si só, o recebimento do recurso, uma vez que passará por processo seletivo, com a avaliação dos critérios estabelecidos no edital;
- No caso deste projeto ser selecionado, o recurso de R\$ 20 mil reais será recebido em parcela única e somente no ano em que for selecionado;
- O valor NÃO será revisto e nem excedido, em caso de o investimento não ser suficiente para o alcance do objeto proposto;
- A GEAF não se responsabiliza pela manutenção dos serviços implantados por meio deste incentivo, sendo importante que a Secretaria Municipal de Saúde esteja ciente e seja cooperativa para que esta manutenção ocorra em longo prazo;
- Os autores assumem total e exclusiva responsabilidade a respeito de toda e qualquer reivindicação de terceiros que se sintam prejudicados pelo conteúdo descrito neste projeto. Em caso de plágio de qualquer espécie, a GEAF não responderá pelo autor, sendo este, o responsável por eventuais danos a terceiros, além de ser desclassificado deste edital e perder o direito de concorrer ao incentivo.

Farmacêutico Responsável

Secretário de Saúde Municipal

FORMULÁRIO V: AÇÃO DO GRUPO IV - PROMOÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS INSERIDOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

Município:

Dados do Projeto

Título:

Vitória (ES), quarta-feira, 20 de Setembro de 2023.

Referencial Teórico e Justificativa
Faça um pequeno texto justificando a importância da educação permanente dos profissionais da Assistência Farmacêutica para o seu município/ Unidade de Saúde, com as referências pertinentes:
Plano de trabalho
Faça uma descrição do passo-a-passo a ser estabelecido para promoção das ações de educação permanente/capacitação dos profissionais da Assistência Farmacêutica (com ação, responsável e prazo para execução):
Perguntas direcionadoras: <ul style="list-style-type: none"> Atualmente o município já oferta cursos e/ou capacitações voltados para a Assistência Farmacêutica? Se sim, descreva. Quais os principais temas a serem trabalhados nas ações de capacitação/educação permanente dos profissionais no município? Qual(is) o(s) impacto(s) esperado(s) com os cursos oferecidos?
Utilização do Recurso
Descreva um breve planejamento para utilização do recurso recebido:

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que:

- O envio deste projeto não garante, por si só, o recebimento do recurso, uma vez que passará por processo seletivo, com a avaliação dos critérios estabelecidos no edital;
- No caso deste projeto ser selecionado, o recurso de R\$ 20 mil reais será recebido em parcela única e somente no ano em que for selecionado;
- O valor NÃO será revisto e nem excedido, em caso de o investimento não ser suficiente para o alcance do objeto proposto;
- A GEAF não se responsabiliza pela manutenção dos serviços implantados por meio deste incentivo, sendo importante que a Secretaria Municipal de Saúde esteja ciente e seja cooperativa para que esta manutenção ocorra em longo prazo;
- Os autores assumem total e exclusiva responsabilidade a respeito de toda e qualquer reivindicação de terceiros que se sintam prejudicados pelo conteúdo descrito neste projeto. Em caso de plágio de qualquer espécie, a GEAF não responderá pelo autor, sendo este, o responsável por eventuais danos a terceiros, além de ser desclassificado deste edital e perder o direito de concorrer ao incentivo.

Farmacêutico Responsável

Secretário de Saúde Municipal

Formulário para elaboração de Relatórios de Projetos apoiados pelo PROFAP SUS/ES (Programa de Fortalecimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde)

1. Identificação do Projeto		
Município Executor:		
Farmacêutico Responsável:	CRF:	
Instituição:		
Coordenador/Supervisor:		
Projeto:		
2. Período a que se refere esse Relatório (Assinale)		
() Relatório Parcial:	() Relatório Final:	
3. Objetivo Geral (conforme descrito no Projeto)		
4. Resumo das atividades executadas		
5. Resultados alcançados		
6. Detalhamento das despesas referentes ao recurso repassado pelo PROFAP		
Data	Discriminação do gasto	Valor (R\$)

7. Assinaturas		
Farmacêutico Responsável	Coordenador/ Supervisor	Secretário Municipal de Saúde

Protocolo 1171347**PORTARIA Nº 085-R, DE 19 DE SETEMBRO DE 2023.**

Submete à Consulta Pública, pelo prazo de 10 (dez) dias, a minuta do **PROTOKOLO CLÍNICO E DE REGULAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde - SESA por meio do Projeto de Inovação denominado "Implantação do Núcleo Especial de Saúde Mental como qualificação do cuidado" - NESAM-SAMU-192.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das suas atribuições que lhe conferem o artigo 46, alínea "o" da Lei Estadual nº 3.043, de 31 de dezembro de 1975 e o artigo 17, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e tendo em vista o que consta do processo 2023-ZC0JP, e,

CONSIDERANDO

a Lei Federal Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas