



CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA

ESTADO DE SÃO PAULO

# PROCESSO ELETRÔNICO

DATA: 24/08/2026

VALOR GLOBAL: R\$ 0,00

PROCESSO LEGISLATIVO Nº 995/2026

REQUERIMENTO Nº 107/2026

## EMENTA

REQUER AO PODER EXECUTIVO INFORMAÇÕES ACERCA DA DINÂMICA DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

## AUTOR(ES)

MARCÃO BRAZ

PROTOCOLO PROTG-321720-3H4O2L-2M2A5Z

DATA/HORA 20/08/2026 09:33:48

REGIME ORDINÁRIO

ORIGEM PODER LEGISLATIVO





# Câmara Municipal de Votuporanga

## PALÁCIO 8 DE AGOSTO

PROCESSO LEGISLATIVO Nº 995/2026

REQUERIMENTO Nº 107/2026

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Os Agentes Comunitários de Saúde exercem atividade essencial de prevenção e promoção da saúde, majoritariamente por meio de visitas domiciliares realizadas a céu aberto e em deslocamentos a pé. O Município de Votuporanga está inserido em região de clima quente, com temperaturas elevadas durante a maior parte do ano, o que expõe esses profissionais a condições de trabalho potencialmente nocivas, sobretudo no período vespertino.

Nesse contexto, a presente solicitação visa obter elementos técnicos e administrativos que permitam a esta Casa avaliar a adequação da dinâmica laboral dos ACS e, se for o caso, propor medidas que conciliem a eficiência do serviço público com a preservação da saúde e da segurança dos trabalhadores, em conformidade com a Lei Federal nº 11.350/2006, que regulamenta a atividade dos ACS, e com as normas de saúde e segurança do trabalho aplicáveis.

Desta forma, REQUEIRO a Vossa Excelência, com base nos art. 8º, inciso X, art. 20, inciso XII, art. 56, incisos XIV e XIX e art. 169, §5º, inciso III da Lei Orgânica do Município, bem como no inciso V, do art. 162 e art. 227 do Regimento Interno desta Câmara Municipal, que sejam solicitadas informações ao Sr. Prefeito Municipal, buscando esclarecimentos a esta Casa quanto aos seguintes assuntos referentes à sua Administração Pública:

1. Qual a jornada de trabalho e a dinâmica atual de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Município, incluindo escalas, horários de início e término e distribuição das atividades internas e externas ao longo do dia?
2. Existe ato normativo (lei, decreto, portaria ou instrução) que regulamente os horários e as condições de realização das visitas domiciliares pelos ACS? Em caso positivo, encaminhar cópia.

Documento assinado digitalmente nos termos da Resolução nº 01, de 02 de fevereiro de 2021, da Câmara Municipal de Votuporanga, conforme impressão à margem direita.



# Câmara Municipal de Votuporanga

## PALÁCIO 8 DE AGOSTO

3. Atualmente, no período da tarde, os ACS têm a possibilidade de permanecer na unidade de saúde realizando serviços internos (atualização de prontuários, cadastros, digitação, reuniões de equipe etc.), saindo para visitas domiciliares apenas no período da manhã?
4. Caso tal possibilidade não exista, há viabilidade jurídica e administrativa para que seja implementada, considerando as altas temperaturas registradas no Município na maior parte do ano e os riscos à saúde e segurança desses trabalhadores?
5. Existe, por parte da Administração, estudo técnico, avaliação de riscos ou planejamento voltado à proteção dos ACS contra a exposição ao calor extremo durante o exercício de suas funções? Em caso positivo, encaminhar os documentos pertinentes.
6. Quantos ACS encontram-se atualmente em exercício no Município e qual a média de visitas domiciliares realizadas por agente, por dia e por período (manhã/tarde)?
7. Há registro de afastamentos, queixas ou doenças ocupacionais relacionadas à exposição ao calor entre os ACS do Município?

Plenário “Dr. Octávio Viscardi”, 20 de agosto de 2026

Respeitosamente,

**MARCÃO BRAZ**  
AUTOR

Documento assinado digitalmente nos termos da Resolução nº 01, de 02 de fevereiro de 2021, da Câmara Municipal de Votuporanga, conforme impressão à margem direita.





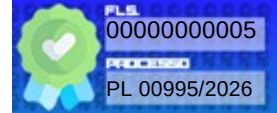
CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA - 49.677.917/0001-14

RUA VENEZUELA, 3819 | VILA AMÉRICA | CEP. 15502-105

FONE: (17)3421-1188 |

VOTUPORANGA/SP

<http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>



## CERTIDÃO DE ADITAMENTO

**CERTIFICO** e dou fé que o documento **REQUERIMENTO Nº 107/2026**, conforme se depreende do **documento antecedente**, referente ao **REQUERIMENTO Nº 107/2026** foi aditado ao **PROCESSO LEGISLATIVO Nº 995/2026** em **20/08/2026** às **09:34:04**.

Nada mais.

A presente certidão é gerada automaticamente pelo sistema.

Votuporanga/SP, 20 de agosto de 2026.

**DENISE CRISTINA RAUTCH DA SILVA**  
ASSESSORA DE GABINETE LEGISLATIVO

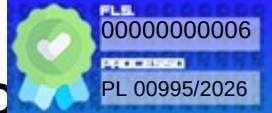
Documento enviado para assinatura ao(s): DENISE CRISTINA RAUTCH DA SILVA.  
Para verificar a(s) assinatura(s), utilize o seu validador preferencial.  
e-CAM | PROCESSO ELETRÔNICO | <<<<<>>>>DOCUMENTO OFICIAL<<<<>>>> DATA / HORA: 20/08/2026 11:56:16 | CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA/SP.  
CHAVE DE ACESSO: PROTM-8S7P4V-7A7M4J-8V8B2W | Para validar acesse nosso Portal em: <http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>.





# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VOTUPORANGA

## GABINETE DO PREFEITO



GAP/OF/Nº 526/2026

Votuporanga, 16 de setembro de 2026.

Senhor Presidente,

Cumprimentando-o cordialmente, servimo-nos do presente para, em atendimento ao Requerimento nº 107/2026, de autoria do Vereador Marcão, encaminhar as informações fornecidas pela Secretaria Municipal da Saúde e Secretaria Municipal da Administração.

Na oportunidade, reitero os protestos do mais alto apreço e distinta consideração.

Atenciosamente.

**Jorge Augusto Seba**  
**Prefeito Municipal**

Excelentíssimo Senhor  
**DANIEL DAVID**  
Presidente da Câmara Municipal de  
**VOTUPORANGA - SP.**

Assinado por 1 pessoa: JORGE AUGUSTO SEBA  
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://votuporanga.1doc.com.br/verificacao/14A3-4125-7BE9-AAEA> e informe o código 14A3-4125-7BE9-AAEA





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 14A3-4125-7BE9-AAEA

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



JORGE AUGUSTO SEBA (CPF 589.XXX.XXX-53) em 16/09/2026 16:29:26 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: AC SyngularID Multipla << AC SyngularID << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://votuporanga.1doc.com.br/verificacao/14A3-4125-7BE9-AAEA>





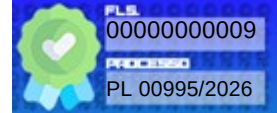
CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA - 49.677.917/0001-14

RUA VENEZUELA, 3819 | VILA AMÉRICA | CEP. 15502-105

FONE: (17)3421-1188 |

VOTUPORANGA/SP

<http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>



## CERTIDÃO DE ADITAMENTO

**CERTIFICO** e dou fé que o documento **ANEXO I**, conforme se depreende do **documento antecedente**, referente ao **REQUERIMENTO Nº 107/2026** foi aditado ao **PROCESSO LEGISLATIVO Nº 995/2026** em **17/09/2026** às **08:32:56**.

Nada mais.

A presente certidão é gerada automaticamente pelo sistema.

Votuporanga/SP, 17 de setembro de 2026.

**PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI**  
AUXILIAR PARLAMENTAR

Documento enviado para assinatura ao(s): PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI.  
Para verificar a(s) assinatura(s), utilize o seu validador preferencial.  
e-CAM | PROCESSO ELETRÔNICO | <<<<>>>>DOCUMENTO OFICIAL<<<<>>>> DATA / HORA: 17/09/2026 08:32:57 | CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA/SP.  
CHAVE DE ACESSO: PROTM-8N3W5Y-2U8Z1Q-2F4U3A | Para validar acesse nosso Portal em: <http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>.





PREFEITURA DE  
**VOTUPORANGA**

Prezados, através deste documento trazemos resposta aos questionamentos de nº 5 e 7, a saber:

**5. Existe, por parte da Administração, estudo técnico, avaliação de riscos ou planejamento voltado à proteção dos ACS contra a exposição ao calor extremo durante o exercício de suas funções? Em caso positivo, encaminhar os documentos pertinentes.**

Informamos que recentemente foi publicado o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), instrumento que contempla a identificação dos riscos ocupacionais relacionados às atividades dos ACS, inclusive aqueles decorrentes da exposição ao calor, bem como as medidas de controle aplicáveis, conforme segue abaixo.

Adicionalmente, foi realizada escuta qualificada destinada à identificação de riscos psicossociais relacionados ao ambiente de trabalho, com posterior tratamento das informações obtidas e resolução dos apontamentos pertinentes às atribuições do SESMT, assegurado o sigilo das informações prestadas pelos servidores.

Rua Pará, 3227\_Patrimônio Velho\_17 3405.9700  
CEP 15.502.236\_votuporanga.sp.gov.br



prefvotuporanga

anexo 01

| Secretaria Municipal da Saúde                        |                                                                                                                                                                                                                       | Função:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                | Agente Comunitário de Saúde |                    | CBO                        |                  | 515105                                        |                                                   |                                                                                                    |                                                                                    |                                     |                |              |                 |                                                   |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|----------------------------|------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------|--------------|-----------------|---------------------------------------------------|
| Cargo                                                |                                                                                                                                                                                                                       | Agente Comunitário de Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                             |                    |                            |                  |                                               |                                                   |                                                                                                    |                                                                                    |                                     |                |              |                 |                                                   |
| Divisão                                              |                                                                                                                                                                                                                       | Gerente de Atenção à Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                | Setor                       |                    | Gerente de Atenção à Saúde |                  | GHE                                           |                                                   |                                                                                                    |                                                                                    |                                     |                |              |                 |                                                   |
| Local                                                |                                                                                                                                                                                                                       | Todos os Conselhos Municipais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                             |                    |                            |                  |                                               |                                                   |                                                                                                    |                                                                                    |                                     |                |              |                 |                                                   |
| Descrição do Ambiente de Trabalho                    |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                             |                    |                            |                  |                                               |                                                   |                                                                                                    |                                                                                    |                                     |                |              |                 |                                                   |
| Descrição do Local:                                  |                                                                                                                                                                                                                       | Ambiente construído em alvenaria, de laje e piso cerâmica, com iluminação natural e artificial, e ventilação natural e artificial por meio de ar condicionado, o local possui extintores, e sinalização de emergência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                |                             |                    |                            |                  |                                               |                                                   |                                                                                                    |                                                                                    |                                     |                |              |                 |                                                   |
| Atividades Desenvolvidas:                            |                                                                                                                                                                                                                       | Realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde em domicílios e comunidades, sob supervisão da equipe de saúde da unidade de referência. Atua diretamente com as famílias em seu território de abrangência, realizando visitas domiciliares periódicas para orientação, identificação de agravos e encaminhamento aos serviços de saúde. Acompanha gestantes, crianças, pessoas com doenças crônicas, usuários em tratamento contínuo e demais situações que requerem atenção básica. Participa de campanhas de vacinação, mutirões de combate a endemias e ações de educação em saúde. Registra informações em formulários específicos e nos sistemas eletrônicos utilizados pela Atenção Primária à Saúde, como o e-SUS AB. |                                                                |                             |                    |                            |                  |                                               |                                                   |                                                                                                    |                                                                                    |                                     |                |              |                 |                                                   |
| Inventário do Reconhecimento dos Riscos Ocupacionais |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                             |                    |                            |                  |                                               |                                                   |                                                                                                    |                                                                                    |                                     |                |              |                 |                                                   |
| RISCOS                                               | IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE                                                                                                                                                                                               | FONTE GERADORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TRAJETÓRIA MEIO DE PROPAGAÇÃO                                  | TIPOS DE EXPOSIÇÃO          | FORMA DE AVALIAÇÃO | EQUIP. UTILIZADO           | VALOR AVALIADO   | LIMITE DE TOLERANCIA                          | MEDIDAS DE CONTROLE                               | EFEITO POTENCIAL A SAÚDE                                                                           | MEDIDAS DE CONTROLE DE EPI                                                         | MEDIDAS DE CONTROLE DE EPC          | METODOLOGIA    |              |                 | Plano de Ações                                    |
|                                                      |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                             |                    |                            |                  |                                               |                                                   |                                                                                                    |                                                                                    |                                     | Frequência     | Impacto      | Nível de Riscos |                                                   |
| Físico                                               | Radiação solar, calor excessivo                                                                                                                                                                                       | Exposição ao sol durante visitas domiciliares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ambientes externos                                             | Intermitente                | Quantitativo       | Protetor 4                 | Em média 35,59°C | Não se aplica de acordo com o anexo 3 da NR15 | Uso de EPIs, hidratação constante                 | Insolação, desidratação                                                                            | Uso de protetor solar: fator 50 a cada 2 horas, touca árabe, maquiagem de helância | N/A                                 | Provável (3)   | Moderado (2) | Risco nível (5) | Orientação de riscos/ treinamentos                |
| QUÍMICOS                                             | Inexistente de acordo com NR-15 Anexo 11,12,13                                                                                                                                                                        | N.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | N.A                                                            | N.A                         | N.A                | N.A                        | N.A              | N.A                                           | N.A                                               | N.A                                                                                                | N.A                                                                                | N.A                                 | Improvável (1) | Baixo (1)    | Irrelevante (1) | N.A                                               |
| Biológico                                            | Vírus bacterianas parasitas                                                                                                                                                                                           | Contato com vetores, pacientes com secreções, superfícies contaminadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Contato com pacientes contato direto, superfícies contaminadas | Intermitente                | Qualitativo        | N/A                        | N/A              | N/A                                           | Capacitação, vacinação obrigatória                | Doenças infecciosas transmitidas por Vetores                                                       | Mascaras, luvas, óculos.                                                           | N.A                                 | Provável (3)   | Moderado (2) | Risco nível (5) | Orientação de riscos/ treinamentos                |
| ACIDENTE                                             | Queda própria altura/ mordida de animais, picadas de mosquitos e insetos                                                                                                                                              | Chão, animais, mosquitos e insetos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ambiente de trabalho                                           | Intermitente                | Qualitativo        | N.A                        | N.A              | N.A                                           | Uso de repelentes, atenção ao risco               | Lesões: Fraturas                                                                                   | N.A                                                                                | Uso de repelentes, atenção ao risco | Provável (3)   | Moderado (2) | Risco nível (5) | Orientação de riscos - treinamentos               |
| ERGONOMICO                                           | Posturas inadequadas. Trabalhos contínuos em pé, longas caminhadas. Falta de pausas Regulares                                                                                                                         | Trabalhos contínuos em pé, longas caminhadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Trabalhos contínuos em pé, longas caminhadas                   | Contínuo                    | Qualitativo        | N.A                        | N.A              | N.A                                           | Ginástica laboral, Pausa nas jornadas de trabalho | Inflamação dos músculos, tendões e nervos dos membros superiores e inferiores que ocasionam dores. | N.A                                                                                | N.A                                 | Provável (3)   | Moderado (2) | Risco médio (5) | Ginástica laboral, Pausa nas jornadas de trabalho |
| Laudo Técnico                                        | Após avaliação dos riscos envolvidos na função, as atividades do cargo em questão foram consideradas insalubres no grau médio (20%), de acordo com laudo de inspeção no local de trabalho e a Lei Federal 13342/2016. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                             |                    |                            |                  |                                               |                                                   |                                                                                                    |                                                                                    |                                     |                |              |                 |                                                   |



PREFEITURA DE  
**VOTUPORANGA**

**7. Há registro de afastamentos, queixas ou doenças ocupacionais relacionadas à exposição ao calor entre os ACS do Município?**

Em consulta aos registros do SESMT, foi localizado um único afastamento, entre os Agentes Comunitários de Saúde, relacionado à exposição ao calor, com indicação do CID T67.1 (SINCOPE DEVIDA AO CALOR). Ademais, o atestado prevê apenas 01 (um) dia de afastamento, em 09/01/2016.

Além disso, o servidor relacionado encontra-se, atualmente, readaptado para o exercício de função interna a partir de 17 de fevereiro de 2021, como Técnico em Saúde VI – Recepção, não havendo relação entre a atual readaptação e o episódio registrado em 2016.

Importante ressaltar que a informação do CID (Classificação Internacional de Doenças) em atestados médicos é de caráter facultativo, dependendo de autorização do paciente, e até o momento não foram identificadas comunicações ou queixas formalizadas por servidores relacionadas à exposição ao calor.

Rua Pará, 3227\_Patrimônio Velho\_17 3405.9700  
CEP 15.502.236\_votuporanga.sp.gov.br



prefvotuporanga



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: E934-8D41-1D24-6363

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ GIOVANA RAISSA SOUZA DOS SANTOS (CPF 389.XXX.XXX-80) em 15/09/2026 10:23:23 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ OSEIAS LEONARDO DA SILVA (CPF 038.XXX.XXX-98) em 15/09/2026 10:26:03 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ MARCELO MARTINS ANDRADE (CPF 062.XXX.XXX-79) em 16/09/2026 15:00:07 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ LEANDRO VINICIUS DA CONCEIÇÃO (CPF 276.XXX.XXX-80) em 16/09/2026 16:11:24 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://votuporanga.1doc.com.br/verificacao/E934-8D41-1D24-6363>





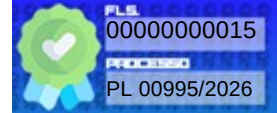
CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA - 49.677.917/0001-14

RUA VENEZUELA, 3819 | VILA AMÉRICA | CEP. 15502-105

FONE: (17)3421-1188 |

VOTUPORANGA/SP

<http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>



## CERTIDÃO DE ADITAMENTO

**CERTIFICO** e dou fé que o documento **ANEXO II**, conforme se depreende do **documento antecedente**, referente ao **REQUERIMENTO Nº 107/2026** foi aditado ao **PROCESSO LEGISLATIVO Nº 995/2026** em **17/09/2026** às **08:32:57**.

Nada mais.

A presente certidão é gerada automaticamente pelo sistema.

Votuporanga/SP, 17 de setembro de 2026.

**PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI**  
AUXILIAR PARLAMENTAR

Documento enviado para assinatura ao(s): PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI.  
Para verificar a(s) assinatura(s), utilize o seu validador preferencial.  
e-CAM | PROCESSO ELETRÔNICO | <<<<>>>>DOCUMENTO OFICIAL<<<<>>>> DATA / HORA: 17/09/2026 08:32:59 | CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA/SP.  
CHAVE DE ACESSO: PROTM-8L0P1I-5A1H2C-5W0Z5C | Para validar acesse nosso Portal em: <http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>.

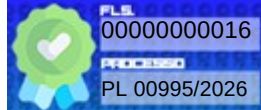




**PREFEITURA DE  
VOTUPORANGA**

**SECRETARIA DA SAÚDE**

Av. Sebastião Vaz de Oliveira nº 480  
Jd. Universitário – CEP 15.503-452  
[secretariasaude@votuporanga.sp.gov.br](mailto:secretariasaude@votuporanga.sp.gov.br)



**OFÍCIO SESAU/GAB/Nº 370/2026**

Votuporanga, 16 de setembro de 2026.

**ASSUNTO: REQUERIMENTO Nº 107/2026 – VEREADOR MARCÃO BRAZ**

Prezado Senhor,

Em atenção ao Requerimento nº 107/2026, segue anexo o MEMORANDO SESAU/DEP. DE ATENÇÃO À SAÚDE nº 223/2026, com as informações solicitadas.

Sem mais para o momento, nos colocamos à disposição para demais esclarecimentos que porventura forem necessários.

Atenciosamente,

Ivonete Félix do Nascimento  
Secretária Municipal de Saúde

AO

EXCELENTÍSSIMO SENHOR

JORGE AUGUSTO SEBA

PREFEITO MUNICIPAL

VOTUPORANGA/SP



MEMORANDO SESAU/DEP. DE ATENÇÃO A SAÚDE Nº 223/2026

|          |                                                                                                                                         |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ORIGEM   | SESAU – DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE                                                                                                 |
| PARA     | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE                                                                                                           |
| ASSUNTO: | <b>RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 107/2026<br/>PROCESSO LEGISLATIVO Nº 995/2026 – INFORMAÇÕES SOBRE A<br/>DINÂMICA DE TRABALHO DOS ACS</b> |

Prezada Secretária,

Em atenção ao **Requerimento nº 107/2026**, de autoria do Vereador **Marcos Rogério Braz**, que solicita informações acerca da dinâmica de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS no Município de Votuporanga, especialmente quanto à jornada de trabalho, organização das visitas domiciliares e exposição às condições climáticas, a Secretaria Municipal da Saúde apresenta os seguintes esclarecimentos:

**1. Da jornada de trabalho e da dinâmica de atuação dos ACS**

Os Agentes Comunitários de Saúde do Município cumprem jornada de **40 (quarenta) horas semanais**, nos termos da legislação federal aplicável, especialmente da **Lei Federal nº 11.350/2006**, com as alterações promovidas pela **Lei Federal nº 13.595/2018**.

Nos termos do art. 9º, § 2º, da Lei Federal nº 11.350/2006, com a redação dada pela Lei nº 13.595/2018, a jornada de 40 horas semanais compreende **30 (trinta) horas destinadas às atividades externas e 10 (dez) horas destinadas às atividades de planejamento e avaliação das ações, entre outras atividades relacionadas ao processo de trabalho**.

A organização da jornada é realizada no âmbito de cada Unidade de Saúde, considerando o funcionamento do serviço, as características do território, a população adscrita, o planejamento da equipe e as necessidades identificadas no processo de trabalho.

Mensalmente, o ACS apresenta à Enfermeira da equipe o **Cronograma de Trabalho**, instrumento utilizado para organizar as atividades previstas para o período. A Gestão acompanha sua execução e, quando necessário, realiza os ajustes pertinentes às demandas do território e do serviço.

Não há, portanto, um horário único e rígido estabelecido para que todos os ACS realizem determinada atividade ao longo do dia. A distribuição entre atividades externas e internas pode variar conforme o



planejamento e as necessidades identificadas, sem prejuízo do cumprimento integral da jornada e das atribuições legais do cargo.

As atividades externas compreendem, entre outras, visitas domiciliares, acompanhamento das famílias e ações no território. Já as atividades internas incluem planejamento, avaliação, atualização de registros e cadastros, organização das informações, reuniões de equipe, atividades de Educação Permanente e demais ações relacionadas ao processo de trabalho.

Quanto aos horários de início e término, estes são organizados conforme o funcionamento da Unidade de Saúde e o planejamento estabelecido, observada a jornada semanal de 40 horas. Quando necessário e previamente articulado com a Gestão, a realização de atividades externas poderá ocorrer em horários diferenciados, especialmente para favorecer o acesso e a participação da população acompanhada.

## **2. Da regulamentação dos horários e das condições para realização das visitas domiciliares**

Não.

## **3. Da realização de atividades internas no período da tarde**

Não existe determinação de que os ACS realizem visitas domiciliares exclusivamente no período da manhã, tampouco de que o período da tarde seja obrigatoriamente destinado às atividades internas na Unidade de Saúde.

A jornada do ACS compreende um conjunto de atividades externas e internas relacionadas ao processo de trabalho. Dessa forma, a distribuição das atividades ao longo do dia é definida de acordo com o planejamento da equipe, as características do território, as necessidades da população e as demandas identificadas pela Gestão.

É possível, portanto, que o ACS realize atividades internas no período da tarde, tais como atualização de cadastros e registros, planejamento, organização de informações, reuniões de equipe e Educação Permanente. Da mesma forma, é possível a realização de visitas domiciliares no período da tarde, quando essa organização for necessária e compatível com o planejamento do trabalho.

A realização de visitas em horários diferenciados pode ser especialmente pertinente quando as características da população acompanhada dificultam o acesso em determinados horários, permitindo maior efetividade das ações e melhor acompanhamento das famílias.

Essa flexibilidade não significa ausência de planejamento ou de controle da jornada. As atividades devem estar inseridas no Cronograma de Trabalho, acompanhadas pela equipe e pela Gestão da Unidade e executadas de forma compatível com as atribuições legais do cargo.



Assim, **não há regra municipal que estabeleça a divisão obrigatória de manhã para visitas domiciliares e tarde para atividades internas.** A organização deve decorrer do planejamento do processo de trabalho, respeitando-se a legislação vigente, as necessidades do território e o cumprimento integral da jornada de 40 horas semanais.

#### **4. Da possibilidade de organização diferenciada das atividades em razão das condições climáticas**

Conforme exposto anteriormente, já existe possibilidade de organização diferenciada das atividades ao longo da jornada, não havendo determinação de que as visitas domiciliares sejam realizadas exclusivamente no período da manhã.

A legislação federal estabelece expressamente que as **condições climáticas da área geográfica de atuação devem ser consideradas na definição do horário para cumprimento da jornada de trabalho**, devendo também ser observadas as ações de segurança e saúde do trabalhador na execução das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde.

Nesse contexto, quando são emitidos alertas oficiais pela Defesa Civil, especialmente relacionados à baixa umidade do ar, calor intenso ou outras condições climáticas adversas que possam representar risco à saúde e à segurança dos trabalhadores, a Gestão analisa a situação apresentada e poderá adotar os ajustes necessários na execução das atividades externas, de acordo com a intensidade e as condições do alerta.

A atuação administrativa considera, portanto, as condições concretas apresentadas e as orientações dos órgãos oficiais competentes, priorizando a proteção dos trabalhadores, sem afastar o cumprimento da jornada legal e das atribuições do cargo.

#### **5. Da existência de estudo técnico ou avaliação específica de riscos relacionados ao calor**

Respondida pelo SESMT.

#### **6. Do quantitativo de ACS e dos registros de visitas domiciliares**

Atualmente, o Município conta com **132 (cento e trinta e dois) Agentes Comunitários de Saúde em exercício**, responsáveis pelo acompanhamento da população adscrita às respectivas microáreas.

Cada ACS possui, em média, **650 pessoas cadastradas para acompanhamento**, abaixo do limite máximo estabelecido pelo Ministério da saúde que tem por parâmetro **750 pessoas por ACS**.

As quantidades e os horários de visitas domiciliares não são fixas e/ou previamente estabelecido por dia e por período, pois a produção varia conforme as características do território, as necessidades da população,



as situações de vulnerabilidade, os critérios de acompanhamento e a organização do processo de trabalho, a população cadastrada deve ser assistida de acordo com suas necessidades, o que pode gerar um número maior de visitas para determinados usuários em diferença de outros.

Também interferem na produção mensal situações funcionais, tais como férias, afastamentos, licenças e atestados médicos, que podem reduzir temporariamente a força de trabalho disponível.

#### **7. Dos afastamentos, queixas ou doenças ocupacionais relacionadas à exposição ao calor**

Respondida pelo SESMT

Sem mais para o momento, permanecemos à disposição para eventuais esclarecimentos complementares.

Atenciosamente,

**DATA:**  
15/09/2026

**Juliana Carvalho Cunha**  
**Chefe de Departamento de Atenção à Saúde**

assinado por 1 pessoa: JULIANA CARVALHO CUNHA  
para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://votuporanga.1doc.com.br/verificacao/4931-3182-B77C-8953> e informe o código 4931-3182-B77C-8953



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 4931-3182-B77C-8953

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



JULIANA CARVALHO CUNHA (CPF 296.XXX.XXX-21) em 16/09/2026 14:15:20 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://votuporanga.1doc.com.br/verificacao/4931-3182-B77C-8953>





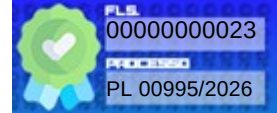
CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA - 49.677.917/0001-14

RUA VENEZUELA, 3819 | VILA AMÉRICA | CEP. 15502-105

FONE: (17)3421-1188 |

VOTUPORANGA/SP

<http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>



## CERTIDÃO DE ADITAMENTO

**CERTIFICO** e dou fé que o documento **ANEXO III**, conforme se depreende do **documento antecedente**, referente ao **REQUERIMENTO Nº 107/2026** foi aditado ao **PROCESSO LEGISLATIVO Nº 995/2026** em **17/09/2026** às **08:32:59**.

Nada mais.

A presente certidão é gerada automaticamente pelo sistema.

Votuporanga/SP, 17 de setembro de 2026.

**PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI**  
AUXILIAR PARLAMENTAR

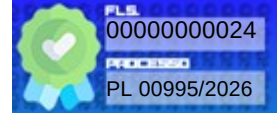
Documento enviado para assinatura ao(s): PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI.  
Para verificar a(s) assinatura(s), utilize o seu validador preferencial.  
e-CAM | PROCESSO ELETRÔNICO | <<<<>>>>DOCUMENTO OFICIAL<<<<>>>> DATA / HORA: 17/09/2026 08:33:01 | CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA/SP.  
CHAVE DE ACESSO: PROTM-6F3E7C-8F8M1I-8J1W7B | Para validar acesse nosso Portal em: <http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>.





# Câmara Municipal de Votuporanga

PALÁCIO 8 DE AGOSTO



## **DESPACHO**

O Presidente da Câmara de Votuporanga/SP, no uso de suas atribuições legais **DETERMINA A LEITURA NO EXPEDIENTE** da próxima Sessão Ordinária o conteúdo do Ofício recebido, bem como **ENCAMINHE-SE CÓPIA** ao vereador(a) autor da propositura.

Remeta-se ao setor competente para as demais providências.

Após, **ARQUIVE-SE.**

Votuporanga/SP, 17 de setembro de 2026.

**DANIEL DAVID**  
PRESIDENTE







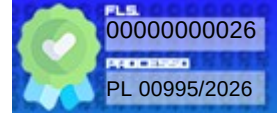
CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA - 49.677.917/0001-14

RUA VENEZUELA, 3819 | VILA AMÉRICA | CEP. 15502-105

FONE: (17)3421-1188 |

VOTUPORANGA/SP

<http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>



## CERTIDÃO DE ADITAMENTO

**CERTIFICO** e dou fé que o documento **DESPACHO LEIA-SE NO EXPEDIENTE COM CÓPIA AO VEREADOR AUTOR E ARQUIVE-SE**, conforme se depreende do **documento antecedente**, referente ao **REQUERIMENTO Nº 107/2026** foi aditado ao **PROCESSO LEGISLATIVO Nº 995/2026** em **17/09/2026** às **08:33:17**.

Nada mais.

A presente certidão é gerada automaticamente pelo sistema.

Votuporanga/SP, 17 de setembro de 2026.

**PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI**  
AUXILIAR PARLAMENTAR

Documento enviado para assinatura ao(s): PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI.  
Para verificar a(s) assinatura(s), utilize o seu validador preferencial.  
e-CAM | PROCESSO ELETRÔNICO | <<<<<>>>>DOCUMENTO OFICIAL<<<<>>>> DATA / HORA: 17/09/2026 08:33:24 | CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA/SP.  
CHAVE DE ACESSO: PROTM-2M1J5T-1X3R0D-1D5X6T | Para validar acesse nosso Portal em: <http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>.



**ÍNDICE REVERSO****PROCESSO LEGISLATIVO Nº 995/2026**

| DOC. Nº | DOCUMENTO                                                                                                   | PÁG. |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1       | <b>CAPA DIGITAL</b><br><b>AUTOR:</b> NÃO HÁ OU NÃO INFORMADO<br>20/08/2026 09:33:48                         | 1    |
| 2       | <b>REQUERIMENTO Nº 107/2026</b><br><b>AUTOR:</b> MARCÃO BRAZ.<br>20/08/2026 09:34:04                        | 2    |
| 3       | <b>RELATÓRIO DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS</b><br><b>AUTOR:</b> NÃO HÁ OU NÃO INFORMADO<br>20/08/2026 11:56:15 | 4    |
| 4       | <b>CERTIDÃO DE ADITAMENTO</b><br><b>AUTOR:</b> DENISE CRISTINA RAUTCH DA SILVA.<br>20/08/2026 11:56:16      | 5    |
| 5       | <b>ANEXO I</b><br><b>AUTOR:</b> PODER EXECUTIVO.<br>17/09/2026 08:32:56                                     | 6    |
| 6       | <b>RELATÓRIO DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS</b><br><b>AUTOR:</b> NÃO HÁ OU NÃO INFORMADO<br>17/09/2026 08:32:57 | 8    |
| 7       | <b>CERTIDÃO DE ADITAMENTO</b><br><b>AUTOR:</b> PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI.<br>17/09/2026 08:32:57      | 9    |
| 8       | <b>ANEXO II</b><br><b>AUTOR:</b> PODER EXECUTIVO.<br>17/09/2026 08:32:57                                    | 10   |
| 9       | <b>RELATÓRIO DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS</b><br><b>AUTOR:</b> NÃO HÁ OU NÃO INFORMADO<br>17/09/2026 08:32:58 | 14   |
| 10      | <b>CERTIDÃO DE ADITAMENTO</b><br><b>AUTOR:</b> PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI.<br>17/09/2026 08:32:59      | 15   |

**ANEXO III**



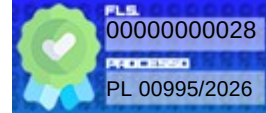
CÂMARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA - 49.677.917/0001-14

RUA VENEZUELA, 3819 | VILA AMÉRICA | CEP. 15502-105

FONE: (17)3421-1188 |

VOTUPORANGA/SP

<http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>



## ÍNDICE REVERSO

### PROCESSO LEGISLATIVO Nº 995/2026

| DOC. Nº | DOCUMENTO                                                                                                         | PÁG. |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 11      | <b>AUTOR: PODER EXECUTIVO.</b><br>17/09/2026 08:32:59                                                             | 16   |
| 12      | <b>RELATÓRIO DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS</b><br><b>AUTOR: NÃO HÁ OU NÃO INFORMADO</b><br>17/09/2026 08:33:00       | 22   |
| 13      | <b>CERTIDÃO DE ADITAMENTO</b><br><b>AUTOR: PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI.</b><br>17/09/2026 08:33:01            | 23   |
| 14      | <b>DESPACHO LEIA-SE NO EXPEDIENTE COM CÓPIA AO VEREADOR</b><br><b>AUTOR: DANIEL DAVID.</b><br>17/09/2026 08:33:17 | 24   |
| 15      | <b>RELATÓRIO DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS</b><br><b>AUTOR: NÃO HÁ OU NÃO INFORMADO</b><br>17/09/2026 08:33:24       | 25   |
| 16      | <b>CERTIDÃO DE ADITAMENTO</b><br><b>AUTOR: PRISCILA MATTAR DELGOBO NEGRINI.</b><br>17/09/2026 08:33:24            | 26   |
| 17      | <b>ÍNDICE REVERSO</b><br><b>AUTOR: NÃO HÁ OU NÃO INFORMADO</b><br>17/09/2026 08:39:59                             | 27   |