

Diêgo de Oliveira Pereira Duarte
Thereza Maria Magalhães Moreira

Atenção Primária à Saúde: Manual Para Coordenadores Municipais



2018

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Reitor

José Jackson Coelho Sampaio

Vice-Reitor

Hidelbrando dos Santos Soares

Editora da UECE

Erasmo Miessa Ruiz

Conselho Editorial

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima Manfredo Ramos
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcony Silva Cunha
Francisco Josênio Camelo Parente	Maria do Socorro Ferreira Osterne
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria Salete Bessa Jorge
José Ferreira Nunes	Silvia Maria Nóbrega-Therrien
Liduina Farias Almeida da Costa	

Conselho Consultivo

Antônio Torres Montenegro UFPE	Pierre Salama Universidade de Paris
Eliane P. Zamith Brito FGV	VIII Romeu Gomes FIOCRUZ
Homero Santiago USP	Túlio Batista Franco UFF
Ieda Maria Alves USP	
Manuel Domingos Neto UFF	
Maria do Socorro Silva Aragão UFC	
Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR	

Diêgo de Oliveira Pereira Duarte
Thereza Maria Magalhães Moreira

Atenção Primária à Saúde: Manual Para Coordenadores Municipais

1º Edição
Fortaleza - CE
2018

Atenção Primária à Saúde: Manual para Coordenadores Municipais ©
2018 Copyright by Diêgo de Oliveira Pereira Duarte e Thereza Maria
Magalhães Moreira, Impresso no Brasil / Printed in Brazil Efetuado
depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE Av. Dr. Silas
Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893 www.uece.br/eduece – E-mail:
eduece@uece.br

Editora filiada à

Coordenação Editorial
Erasmio Miessa Ruiz
Diagramação, Capa e Revisão do Texto
Décio Oliveira da Silva

Ficha Catalográfica
Lúcia Oliveira CRB - 3/304

Elaboração

Diêgo de Oliveira Pereira Duarte

Enfermeiro (FAESF/PI), Especialista em Pesquisa e Inovação em Saúde da Família (UFC), Auditoria em Serviços e Sistema de Saúde (INTA), Enfermagem do Trabalho e Gestão (UCAM) e Enfermagem Obstetra e UTI (FAM). Mestrando em Gestão em Saúde (UECE). Analista Sênior (FAPEU) Ministério da Saúde - Projeto de Aprimoramento da Articulação Interfederativa da Gestão Compartilhada do Sistema Único de Saúde. Enfermeiro licenciado da Secretaria Municipal de Saúde de Granja/CE.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Enfermeira (UFC). Advogada (FIC). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1D. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Associado da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; 2) Saúde Coletiva; 3) Mestrado Profissional Gestão em Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq. Consultora Ad hoc de vários periódicos.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todo corpo docente e demais funcionários do MPGES pelo empenho e dedicação no desenvolvimento das atividades desenvolvidas nesses longos 24 meses, em especial:

Professora Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge, porque sem essa ilustríssima pesquisadora não seria possível à realização da busca pelo conhecimento na área de gestão em saúde.

Professora Dr^a Thereza Maria Magalhães Moreira, pela paciência e dedicação ao conduzir esse trabalho.

Aos amigos da Turma II do MEPGES (Luana Mendonça, Luana Nayara, Marta, Pablo, Diego Mauricio, Rayla, Gerarlene e Nara) pelo companheirismo.

Duarte, Diego de Oliveira Pereira.

Atenção Primária à Saúde: Manual para Coordenadores Municipais.

Diego de Oliveira Pereira Duarte. – 2018

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 232.

folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de

Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, Fortaleza, 2018.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof^ª Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira.

1. Gestão em Saúde . 2. Atenção Primária à Saúde . 3.Manuais

Atenção Primária à Saúde: Manual para Coordenadores Municipais.

Sumário

Apresentação	13
Introdução	14
Breve Histórico Sobre a Atenção Primária à Saúde no Brasil... 17	
1. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB	19
1.1 Estratégia Agente Comunitário de Saúde - (EACS)	22
1.2 Estratégia Saúde da Família - (ESF)	25
1.3 Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas - (ESFR)	29
1.4 Unidade Básica de Saúde Fluvial - (UBSF)	32
1.5 Equipe de Consultório de Rua - (ECR)	37
1.6 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - (NASF-AB).....	40
1.7 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-(PMAQ)	45
1.8 Projeto Qualifica APSUS Ceará: Qualificando a Atenção Primária à Saúde no Estado	49
1.9 Programa Academia da Saúde – (PAS)	52
1.10 Rede Cegonha	54
1.11 Programa Saúde na Escola – (PSE)	56
1.12 Programa Atenção Domiciliar – (EMAD)	59
1.13 Telessaúde	63
1.14 e-SUS Atenção Básica – (e-SUS AB)	65
1.15 Sistema de Informação da Atenção Básica – (SISAB)	69
1.16 Sistema de Informação de Câncer – (SISCAN)	72
1.17 Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - (SISPACTO)	75
1.18 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - (CNES)	78
1.19 Programa Mais Médicos – (PMM)	81
1.20 e-Gestor da Atenção Básica	84
1.21 Fundo Nacional de Saúde – (FNS)	86

2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP	93
2.1 Equipes de Atenção Básica Prisional – (EABP)	95
3 Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNaN ..	100
3.1 Amamenta e Alimenta Brasil – (EAAB)	102
3.2 Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil – (NutriSUS)	105
3.3 Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais	108
3.4 Programa Bolsa Família – (PBF)	111
3.5 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A ...	114
3.6 Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável – (PAAS)	116
3.7 Vigilância Alimentar e Nutricional – (VAN)	120
4 Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB	124
4.1 Brasil Sorridente	126
4.2 Equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica – (ESB)	129
4.3 Laboratório Regional de Prótese Dentária – (LRPD) ...	133
5. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares PNPIC	136
5.1 Práticas Integrativas e Complementares – (PICs)	138
REFERÊNCIAS	141
ANEXO 1 Política Nacional da Atenção Básica	143

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

APS-Atenção Primária à Saúde

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AD – Atenção Domiciliar

CadSUS – Cadastro Nacional do SUS

CadWeb – Sistema online do Cadastro Nacional do SUS

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CDS – Coleta de Dados Simplificada

CNR – Consultório na Rua

CGGAB-Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

CNS- Cartão Nacional de Saúde (também referido como Cartão SUS)

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CRS- Conselho Regional de Saúde

CIB-Comissão Intergestora Bipartide

CIR-Comissão Intergestora Regional

DAB – Departamento de Atenção Básica

DUM – Data da Última Menstruação

EACS- Estratégia Agente Comunitário de Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

ESFR- Estratégia Saúde da Família Ribeirinha

ECR-Equipe Consultório de Rua

EABP-Equipes de Atenção Básica Prisional

ESB-Equipe Saúde Bucal na Atenção Básica

FNS-Fundo Nacional de Saúde

GTIM-Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal

HIV – Vírus de Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INE – Identificador Nacional de Equipes

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
(Matrícula Censo Escolar 1997/2013)

LRPD-Laboratório Regional de Prótese Dentária

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUAP – Núcleo de Atenção Primária
PAS – Programa Academia de Saúde
PAD-Programa de Atenção Domiciliar
PBF-Programa Bolsa Família
PNBS- Programa Nacional de Saúde Bucal
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIS – Programa de Integração Social
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNIIS – Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNAISP- Política Nacional de Atenção Integrada as Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNPIC- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PICs- Práticas Integrativas e Complementares
PMM – Programa Mais Médicos
PSE – Programa Saúde na Escola
PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição
RAS – Registro de Atendimento Simplificado
RAAS – Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SESA/CE- Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
SISCAN-Sistema de Informatização do Câncer
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS – Sistema Único de Saúde
TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

Apresentação

A Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atendimento à saúde, a qual deve ser o contato preferencial dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. Nesse nível de assistência, são identificadas as principais necessidades da população, com reflexo no planejamento e na gestão dos demais níveis.

O Manual para Coordenadores Municipais da Atenção Primária à Saúde apresenta questões de organização e gestão do sistema municipal de saúde. Aqui discutimos os políticas e programas de saúde da atenção básica alguns instrumentos de gestão e os processos de avaliação previstos para garantir que as ações e os serviços de saúde atendam aos preceitos constitucionais e aos padrões de qualidade adequados para garantir saúde à população.

A gestão em saúde é parte indissociável das práticas e da atenção em saúde e compreende um conjunto de processos administrativos e gerenciais essenciais à melhoria e aperfeiçoamento da gestão em determinada abrangência. No âmbito local, as práticas de gestão estão permeadas pelo próprio processo de cuidado e pela interlocução com os usuários, as famílias e a comunidade.

Com isso o manual aborda alguns aspectos do planejamento e da gestão do sistema municipal de saúde, destacando as atividades desenvolvidas pelo coordenador da Atenção Primária à Saúde. São discutidos o processo de planejamento e gestão do sistema municipal de saúde, a implantação de políticas e programas de saúde. O gestor compreenderá as relações das unidades de saúde com as demais unidades do seu município, e sua inserção na rede regionalizada de saúde e como incrementar os recursos e serviços na atenção primária em seu município.

Introdução

Ao analisar o sistema de saúde no Brasil percebe-se que um dos grandes desafios tem sido a redefinição, ao longo do tempo, das atribuições e das competências dos gestores das três esferas de governo. Para enfrentá-lo têm sido elaborados muitos dispositivos normativos demarcando os limites da tomada de decisão de cada gestor no seu âmbito de atuação, resultando na conformação de um modelo de gestão que tem como ponto de partida uma unidade de princípios, mas que tem de atuar de forma coerente com a diversidade operativa nos territórios em que está localizada a população com suas necessidades de saúde.

O planejamento e a gestão das atividades primárias na Atenção Básica iniciam-se com a análise situacional para identificar os problemas e definir as medidas a serem adotadas no território de abrangência.

As políticas nacionais de Atenção Básica e de Humanização reforçam um conjunto de ações envolvido no atendimento centrado na pessoa, propondo a qualificação da atenção a partir de um projeto terapêutico para cada situação. Para tanto, as atividades englobam estratégias diversas, tais como realizar o acolhimento, marcar retornos periódicos, agendar visita domiciliar, solicitar apoio de outros profissionais, proporcionar atendimento em grupo ou outras práticas que potencializem o cuidado. O foco centra-se no estímulo às práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, reforçando o compromisso com o sujeito e seu coletivo, o estímulo a diferentes práticas terapêuticas e a corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção da saúde. Esse foco permite racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, e o descarte de ações intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, é indispensável que os agentes responsáveis pela condução da gestão municipal da atenção primária à saúde tenham consciência de que devem agir com o maior zelo e correição possíveis, de modo que as demandas dos usuários possam ser atendidas com a tempestividade e a eficiência desejadas.

Grande e compreensível é a responsabilidade que tem o gestor municipal em organizar e manter com qualidade os serviços de Atenção Básica, que sejam capazes de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde. Nesse conjuntura, a presente publicação é dirigida especialmente aos novos gestores, cujas pretensões são voltadas ao fortalecimento da Atenção Básica no âmbito municipal. Desse modo, estando os serviços da Atenção Básica próximos da população, resulta facilitar que os profissionais conheçam a realidade à qual estão inseridos, considerando as especificidades e características socioculturais, tendo como efeito mais acolhimento, qualidade e resolutividade frente às necessidades dos usuários e coletividades.

Esse manual buscou organizar de forma clara e sucinta todas as informações referentes às políticas e programas de Atenção Primária do Ministério da Saúde, trazendo informações para implantação, monitoramento e avaliação dos programas, como também fontes de pesquisa, como: manuais, portarias, leis e outras publicações conjuntamente com os contatos telefônicos, e-mail e sites das referências técnicas de cada setor responsáveis pelos programas de Atenção Primárias do Ministério da Saúde.

Breve Histórico Sobre a Atenção Primária à Saúde no Brasil

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ALMA-ATA, 1978).

Atenção Primária à Saúde forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

Desta forma à APS pode ser entendida como o primeiro nível do sistema de serviço de saúde, o qual deve funcionar como porta de entrada preferencial do sistema, com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando assim uma rede integrada de serviços (STARFIELD, 2004).

Pode ser vista como uma estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipes de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentado por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados, a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores, organizado em consonância com a comunidade a fim de proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, suas famílias e da comunidade em um processo conjunto de produção social de saúde, mediante um pacto social que inclui aspectos

biopsicossociais e do meio ambiente não discriminando nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural de raça ou sexo (LAGO & CRUZ, 2001). No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS (BRASIL, 2004).

Até o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, a atenção básica à saúde organizava-se, sobretudo com base em serviços norteados pelos princípios de um modelo que entendia a saúde apenas como a ausência de doença, baseando-se em práticas frequentemente clientelistas e de conteúdo curativo. A oferta de atenção concentrava-se no indivíduo e suas demandas, desconsiderando a realidade e autonomia locais, o planejamento a partir de perfis epidemiológicos e a participação comunitária (PAIM, 2003).

De acordo com Sampaio (2008), muitos movimentos foram realizados visando ao fortalecimento da APS no país, merecendo destaque a criação do Departamento de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde em 2000, a implementação da Política Nacional de Atenção Básica e do Pacto pela Saúde e Pela Vida no ano de 2006, documentos que reiteraram como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006).

O PSF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico (SOUZA, 2008).

Portanto, desde sua implantação, o PSF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade, no entanto, apenas a implantação do PSF não garante o alcance da mudança do modelo assistencial proposto pelo SUS (GOMES, 2011).

Faz-se necessário uma estruturação dos serviços com base nas necessidades da população, o qual implica a implementação de abordagens mais amplas e complexas do que as centradas no cuidado curativo, que viabilizem a compreensão de como os problemas de saúde se manifestam na população. Nessa perspectiva, a atuação dos trabalhadores de saúde não deve restringir-se apenas à unidade básica de saúde (UBS). É necessário que ocorra também nos domicílios e demais espaços comunitários, permitindo maior contato com as singularidades de cada indivíduo, família e comunidade, de forma a contribuir para as ações efetivas e adaptadas às desigualdades dos grupos sociais e diferentes demandas em saúde garantindo assim uma atenção integral à saúde.

A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer, para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população, a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde.

O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde: atenção básica, de média e alta complexidade. Nessa estrutura, destaca-se a Média Complexidade como parte importante do sistema, componente fundamental para a efetiva implementação das diretrizes previstas nas orientações que estruturam o SUS.

1. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB



Ao longo dos anos, o Brasil vem passando por vários avanços dentro do setor Saúde. O nosso Sistema Único de Saúde com certa frequência passa por transformações através de Leis, Portarias e Decretos, com o intuito de melhorar a oferta de serviços aos cidadãos brasileiros. No dia 21 de setembro de 2017, foi decretada a Portaria n. 2436/2017, revogando a Portaria n. 2488/2011, ambas referentes à Política Nacional da Atenção Básica.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde. A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Política Nacional de Atenção Básica PNAB 2017, considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

No artigo 2º informa que a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I – Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade.

II – Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade.

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.

1.1 Estratégia Agente Comunitário de Saúde - (EACS)



Definição:

No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o agente comunitário de saúde (ACS) tem sido um personagem muito importante ao realizar a integração dos serviços de saúde da Atenção Básica com a comunidade. O ACS pode integrar tanto uma equipe de Saúde da Família (eSF), quanto uma equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), de acordo com a realidade do município.

A partir da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é item necessário para implantação da EACS a existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 e, no mínimo, 01 ACS dependendo dos indicadores da região. Cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas

Objetivos:

Os ACS em todo o Brasil desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Cabe à gestão municipal a decisão de aderir à estratégia em seu território.

Desenvolvendo o projeto:

O município deverá elaborar projeto contendo as seguintes informações:

- a) área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente;
- b) descrição da estrutura mínima com que contarão as UBS onde atuarão os ACS;
- c) definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelo ACS;

- d) indicação das UBS que servirão de referência para o trabalho dos ACS;
- e) definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do pacto de indicadores da Atenção Básica e utilização dos sistemas nacionais de informação;
- f) descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos ACS, de acordo com a Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014.
- g) contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

Passo a passo para a implantação:

Passo 1: verificar se existe teto do Ministério da Saúde (MS) para a implantação ou ampliação de equipe(s) com recebimento de incentivos. Para cálculo de teto, utilizam-se as seguintes fórmulas: população/400 será o número máximo de EACS do município;

Passo 2: o município submete o projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Passo 3: encaminhar à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) solicitação de credenciamento de equipes. Anexar os seguintes documentos:

- Ofício assinado e carimbado pelo Secretário Municipal de Saúde solicitando o credenciamento e a implantação da(s) equipe(s);
- Projeto de implantação, de acordo com o Anexo II da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com o cronograma de implantação da(s) equipe(s);
- Ata do Conselho Municipal de Saúde (CMS), contendo o número de equipes, área de abrangência e número de pessoas a serem atendidas;

Situação 1 – Ata com ciência do CMS para municípios com Plano Municipal de Saúde já aprovado pelo CMS, com cópia das páginas que contenham as informações referentes à previsão de implantação de equipes de EACS.

Situação 2 – Ata com aprovação do CMS para municípios que não tenham o Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS, ou que o mesmo não contenha informações referentes à implantação dessa(s) equipe(s).

Passo 4: após parecer favorável da CRS e aprovação na CIB, acompanhar publicação de credenciamento no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

Passo 5: o município deve cadastrar os profissionais da equipe no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme define a Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006.

O município começa a receber os recursos referentes ao número de eSF implantadas e informadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, mas para manutenção dos recursos é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais


Monitoramento e Avaliação:

Existe um teto máximo de ACS por município, que é calculo número de habitantes do município / 750 pessoas e cadastrar todos os ACSs ativos no CNES. Sua produção de visitas e cadastros familiares devem ser inseridas no sistema e-SUS pelo PEC ou CDS.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)


 (61) 3315-5905

 dab@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ua.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP

 (85) 3488 2135/3101 520

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA N° 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

1.2 Estratégia Saúde da Família - (ESF)



Definição:

É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família em 40 h e em 2 (duas) equipes de Saúde da Família em 20 h, no SCNES vigente.

Objetivos:

Tem como objetivos possibilitar acesso universal à saúde; efetivar a integralidade das ações da Atenção Básica; promover o cuidado integral e contínuo ao usuário, família e comunidade; estimular o controle social e a participação popular; contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira; e ampliar o acesso dela à Atenção Básica.

Desenvolvendo o projeto:

O município deverá elaborar projeto contendo as seguintes informações:

- a) área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente;
- b) descrição da estrutura mínima com que contarão as unidades básicas de saúde onde atuarão as equipes de Saúde da Família (eSF);
- c) definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelas eSF;
- d) proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde de maior complexidade;
- e) definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do pacto de indicadores da Atenção Básica e utilização dos sistemas nacionais de informação;
- f) descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da eSF, contemplando o cumprimento de carga horária para todos os profissionais;
- g) contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal;
- h) encaminha o projeto para o Conselho Municipal de Saúde após a aprovação encaminhar para CIR estadual depois para CIB.

Passo a passo para a implantação:

Passo 1: verificar se existe teto do Ministério da Saúde (MS) para a implantação ou ampliação de equipe(s) com recebimento de incentivos. Para cálculo de teto, utilizam-se as seguintes fórmulas: população/2400 será o número máximo de eSF do município;

Passo 2: o município submete o projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Passo 3: encaminhar à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) solicitação de credenciamento de equipes. Anexar os seguintes documentos:

- Ofício assinado e carimbado pelo Secretário Municipal de Saúde solicitando o credenciamento e a implantação da(s) equipe(s);
- Projeto de implantação, de acordo com o Anexo II da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com o cronograma de implantação da(s) equipe(s);
- Ata do Conselho Municipal de Saúde (CMS), contendo o número de equipes, área de abrangência e número de pessoas a serem atendidas:

Situação 1 – Ata com ciência do CMS para municípios com Plano Municipal de Saúde já aprovado pelo CMS, com cópia das páginas que contenham as informações referentes à previsão de implantação de equipes de EACS.

Situação 2 – Ata com aprovação do CMS para municípios que não tenham o Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS, ou que o mesmo não contenha informações referentes à implantação dessa(s) equipe(s).

Passo 4: após parecer favorável da CRS e aprovação na CIB, acompanhar publicação de credenciamento no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

Passo 5: o município deve cadastrar os profissionais da equipe no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme define a Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006.

O município começa a receber os recursos referentes ao número de eSF implantadas e informadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, mas para manutenção dos recursos é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais

Monitoramento e Avaliação:

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é utilizado pelos municípios como instrumento de gestão e monitoramento das ações da ESF através do CDS ou PEC. Foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)



(61) 3315-5905



dab@saude.gov.br



http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP



(85) 3488 2135/3101 520



<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Livreto Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001**: regulamentação da Lei nº 8.080/90/Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

1.3 Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas - (ESFR)



Definição:

São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território.

As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita. A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal. Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As ESFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação. As eSFR prestarão atendimento à população

por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Objetivos:

Tem objetivo de atender comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território.

Desenvolvendo o projeto:

O município deverá elaborar projeto contendo as seguintes informações:

- a) indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente nas comunidades adscritas e os rios do circuito de deslocamento;
- b) número de profissionais em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação;
- c) programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da eSFR a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica;
- d) descrição da organização das ofertas e ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população;
- e) descrição de como a gestão municipal do SUS apoiará a eSFR no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho;
- f) nos arranjos em que a eSFR contar com unidades de saúde de apoio para o atendimento, relação da quantidade e as comunidades em que estão localizadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica à qual esta equipe está vinculada no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- g) nos arranjos em que a eSFR contar com embarcações de pequeno

porte exclusivas para o deslocamento das equipes, relação da quantidade e seus respectivos números, no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no SCNES;

h) indicação do município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a eSFR atender mais de um município;

i) indicação de como garantirá a referência dos usuários aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, a organização da rede para o atendimento de urgência às comunidades ribeirinhas,

j) Encaminha o projeto para o Conselho Municipal de Saúde após a aprovação encaminhar para CIR estadual depois para CIB.


Monitoramento e Avaliação:

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é utilizado pelos municípios como instrumento de gestão e monitoramento das ações da ESF através do CDS ou PEC. Foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)


 (61) 3315-5905

 dab@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_uaa.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP

 (85) 3488 2135/3101 520

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.229, de 6 de junho de 2014**. Define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Diário Oficial da União, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014**. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Diário Oficial da União, Brasília, n. 88, Seção 1, p. 24, 12 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

1.4 Unidade Básica de Saúde Fluvial - (UBSF)



Definição:

São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal. Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Nasf – AB Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial

não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

- até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e
- até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s) ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Objetivos:

Tem como objetivo atender as comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

Desenvolvendo o projeto:

O município deverá elaborar proposta que contemple, minimamente, dois documentos, conforme detalhado a seguir.

Parte 1) Projeto de Implantação da Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF), com itinerário da Unidade de Saúde da Família Fluvial (UBSF). O projeto deve apresentar:

- a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, com estimativa da população residente nas comunidades adscritas;
- b) número de agentes comunitários de saúde em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando a localidade de sua responsabilidade e estimativa de pessoas por ACS;
- c) programação de viagens/ano com itinerário das comunidades atendidas, considerando o retorno da equipe de Saúde da Família Fluvial, ao menos, a cada 60 dias, conforme previsto na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011;
- d) circuito de deslocamento da unidade, especificando comunidades

ribeirinhas a serem atendidas e os rios os quais a UBSF percorrerá;

e) proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, como será garantido atendimento de urgência (disponibilidade de ambulancias para atendimento às comunidades ribeirinhas);

f) descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das eSFF;

g) listagem da equipe de saúde que prestará atendimento à população;

h) descrição da organização das ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento à população, como o pré-natal e a puericultura, dentro dos padrões mínimos recomendados;

i) descrição de como a gestão municipal apoiará a eSFF no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação do trabalho das equipes;

j) estrutura física e equipamentos que estarão disponíveis na unidade básica de saúde fluvial;

k) no caso de a unidade de saúde da família fluvial atender mais de um município, indicar o município-sede que receberá os recursos federais;

l) Encaminha o projeto para o Conselho Municipal de Saúde após a aprovação encaminhar para CIR estadual depois para CIB.

Parte 2) Projeto da embarcação:

a) Para pleitear a construção de nova embarcação: o município deve apresentar os planos de construção da embarcação respeitando as Normas da Autoridade Marítima (NORMAM-02) e os ambientes mínimos contidos na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. (Observar o período de abertura do sistema para envio de propostas);

b) Para regulamentação das embarcações já existentes: o município deve apresentar os documentos apresentados no art. 2º da Portaria nº 1.591,

de 23 de julho de 2012;

c) Projeto de implantação da equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF) com itinerário da UBSF, com os planos da embarcação, contendo fotos dos ambientes nela contidos, obedecendo-se a estrutura física mínima exigida nos termos da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 2011;

d) equipamentos que estarão disponíveis na UBSF;

e) indicação do município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a USFF atender mais de um município;

f) Este projeto deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se houver, pela Comissão Intergestores Regional (CIR);

g) Título de Inscrição de Embarcação, expedido pela autoridade marítima competente (Capitania dos Portos);

h) Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior (NORMAM-02) ou legislação que venha a substituí-la;

i) Encaminha o projeto para o Conselho Municipal de Saúde após a aprovação encaminhar para CIR estadual depois para CIB.


Monitoramento e Avaliação:

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é utilizado pelos municípios como instrumento de gestão e monitoramento das ações da ESF através do CDS ou PEC. Foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

 (61) 3315-5905

 dab@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ua.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP

 (85) 3488 2135/3101 520

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014**. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos municípios da Amazônia Legal e do Pantanal sul-mato-grossense. Diário Oficial da União, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.229, de 6 de junho de 2014**. Define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Diário Oficial da União, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

1.5 Equipe de Consultório de Rua - (ECR)



Definição:

Equipe de saúde com composição variável, 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, podendo ter as modalidades e respectivos regimentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a) Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e NASF-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b) Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas, porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c) As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica. Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.

O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Modalidades: As equipes podem se organizar em três modalidades, o que definirá os recursos financeiros a serem destinados.

- Modalidade I: equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, dos quais: 2 (dois), obrigatoriamente, deverão estar entre os descritos no item “a”; e os demais, entre aqueles descritos nos itens “a” e “b”.
- Modalidade II: equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, dos quais: 3 (três), obrigatoriamente, deverão estar entre os descritos no item “a”; e os demais, entre aqueles descritos nos itens “a” e “b”.
- Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

Objetivos:

Tem como objetivo prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel

Desenvolvendo o projeto:

Passo 1: verificar se existe teto do Ministério da Saúde (MS) para a implantação ou ampliação de equipe(s) com recebimento de incentivos e se enquadre nos termos do projeto.

Passo 2: o município submete o projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Passo 3: encaminhar à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) solicitação de credenciamento de equipes. Anexar os seguintes documentos:

- Ofício assinado e carimbado pelo Secretário Municipal de Saúde solicitando o credenciamento e a implantação da(s) equipe(s);
- Projeto de implantação, de acordo com o Anexo II da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com o cronograma de implantação da(s) equipe(s);
- Ata do Conselho Municipal de Saúde (CMS), contendo o número de equipes, área de abrangência e número de pessoas a serem atendidas:

Situação 1 – Ata com ciência do CMS para municípios com Plano Municipal de Saúde já aprovado pelo CMS, com cópia das páginas que contenham as informações referentes à previsão de implantação de equipes de EACS.

Situação 2 – Ata com aprovação do CMS para municípios que não tenham o Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS, ou que o mesmo não contenha informações referentes à implantação dessa(s) equipe(s).

Passo 4: após parecer favorável da CRS e aprovação na CIB, acompanhar publicação de credenciamento no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

Passo 5: o município deve cadastrar os profissionais da equipe no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme define a Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006.

O município começa a receber os recursos referentes ao número de equipes de consultórios de rua implantadas e informadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, mas para manutenção dos recursos é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais

Monitoramento e Avaliação:


O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é utilizado pelos municípios como instrumento de gestão e monitoramento das ações da ESF através do CDS ou PEC. Foi instituído

pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

 (61) 3315-5905

 dab@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_rua.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP

 (85) 3488 2135/3101 520

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014.** Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014.** Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. Diário Oficial da União, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

1.6 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - (NASF-AB)



Definição:

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população.

Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um. Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos.

Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes. Ressalta-se que os NASF-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica).

Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações -CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pósgraduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente. A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades dos territórios.

Modalidades:

- Modalidade I: vinculada a, no mínimo, 5 (cinco) e a, no máximo, 9 (nove) equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). As equipes do NASF 1 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: i) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 (duzentas) horas semanais; ii) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e iii) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.
- Modalidade II: vinculada a, no mínimo, 3 (três) e a, no máximo, 4 (quatro) eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). As equipes do NASF 2 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: i) a soma das cargas

horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais; ii) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e iii) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

- Modalidade III: vinculada a, no mínimo, 1 (uma) e a, no máximo, 2 (duas) eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho delas, configurando-se como uma equipe ampliada. As equipes do NASF 3 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 80 (oitenta) horas semanais;

b) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; e

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

Objetivos:

Objetiva de aumentar a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica, ampliando o repertório de ações das equipes, a capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades.

Desenvolvendo o projeto:

O município deverá apresentar projeto contendo as seguintes informações:

a) área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente;

b) dados levantados em diagnóstico elaborado pelo município que justifique a implantação do NASF;

c) definição dos profissionais que irão compor as equipes do NASF e as principais atividades a serem desenvolvidas, de acordo com o diagnóstico

de território citado acima;

d) descrição de quais eSF serão vinculadas, bem como o código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade básica de saúde em que o NASF será credenciado;

e) descrição de uma proposta de agenda para o início do trabalho compartilhado entre as eSF e as equipes do NASF;

f) descrição da forma de recrutamento, seleção, contratação e carga horária dos profissionais do NASF;

g) Encaminha o projeto para o Conselho Municipal de Saúde após a aprovação encaminhar para CIR estadual depois para CIB.

Passo a passo para a implantação:

Passo 1: verificar se existe teto do Ministério da Saúde (MS) para a implantação ou ampliação de equipe(s) com recebimento de incentivos. Para cálculo de teto, $N^{\circ} \text{EqSF}/5$ será o número máximo de NASF 1 do município.

Passo 2: o município submete o projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Passo 3: encaminhar à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) solicitação de credenciamento de equipes. Anexar os seguintes documentos:

- Ofício assinado e carimbado pelo Secretário Municipal de Saúde solicitando o credenciamento e a implantação da(s) equipe(s);
- Projeto de implantação, de acordo com o Anexo II da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com o cronograma de implantação da(s) equipe(s);
- Ata do Conselho Municipal de Saúde (CMS), contendo o número de equipes, área de abrangência e número de pessoas a serem atendidas:

Situação 1 – Ata com ciência do CMS para municípios com Plano Municipal de Saúde já aprovado pelo CMS,

com cópia das páginas que contenham as informações referentes à previsão de implantação de equipes de NASF.

Situação 2 – Ata com aprovação do CMS para municípios que não tenham o Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS, ou que o mesmo não contenha informações referentes à implantação dessa(s) equipe(s).

Passo 4: após parecer favorável da CRS e aprovação na CIB, acompanhar publicação de credenciamento no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

Passo 5: o município deve cadastrar os profissionais da equipe no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme define a Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006.

O município começa a receber os recursos referentes ao número de NASF implantadas e informadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, mas para manutenção dos recursos é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais


Monitoramento e Avaliação:

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é utilizado pelos municípios como instrumento de gestão e monitoramento das ações do NASF através do CDS ou PEC. Foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).


+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)


 (61) 3315-5905

 dab@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ua.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP

 (85) 3488 2135/3101 520

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013.** Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3. Diário Oficial da União, Brasília, n. 65, Seção 1, p. 59, 5 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013.** Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Diário Oficial da União, Brasília, n. 65, Seção 1, p. 62, 5 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

1.7 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-(PMAQ)



Definição:

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é um programa que pretende induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Podem participar do programa todas as equipes de Saúde da Família, equipes de Atenção Básica parametrizadas (ver Portaria nº 576/2011), equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família -NASF e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Objetivos:

- 1) Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação de seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da Atenção Básica.
- 2) Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB.
- 3) Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde.
- 4) Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo.

- 5) Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB.
- 6) Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados.
- 7) Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Desenvolvendo o projeto:

- a) Adesão dos municípios e das equipes de saúde a partir da contratualização/recontratualização de compromissos a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e os NASF) e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação local;
- b) Desenvolvimento de ações que qualificam a gestão, o cuidado e a gestão do cuidado, norteadas por processos de autoavaliação, educação permanente, apoio institucional e monitoramento;
- c) Avaliação externa para certificação das equipes de saúde; d) Reconstratualização com municípios e equipes.

Monitoramento e Avaliação:

A autoavaliação é o ponto de partida do eixo de desenvolvimento, é um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. Esse coletivo gestor da mudança deve utilizar a autoavaliação para identificar e reconhecer as dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento. Avaliar pode significar a formação de opinião e a emissão de juízo de valor sobre determinado assunto. Frequentemente, a temática avaliação está associada a aspectos negativos como punição e eliminação daqueles que não alcançaram determinado

resultado.

O PMAQ busca contribuir para a superação do caráter punitivo da avaliação e propõe a autoavaliação como instrumento que estimule o coletivo a analisar seu processo de trabalho, elencar prioridades para atuação, elaborar estratégias para superação dos problemas e alcance de metas e objetivos, acordados por esse mesmo coletivo. Deve ainda ajudar a identificar demandas que o processo de mudança exigirá e, a partir disso, estabelecer diálogos, pedidos e compromissos com a gestão e a comunidade.

Trata-se de um processo que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões, constituindo-se como uma ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde. Para as equipes que participaram do primeiro e segundo ciclo do PMAQ, é fundamental que a autoavaliação anterior e a Matriz de Intervenção elaborada sejam também analisadas, a fim de se observar os avanços entre um ciclo e outro, os desafios que persistem, a necessidade de mudança de estratégia de atuação e prioridades. Uma nova autoavaliação ganha sentido e efeito somente após essa análise. O mesmo cabe para a gestão municipal e Coordenação de Atenção Básica.


Cumprido destacar que, para o alcance de bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade, é fundamental a realização constante de ações de monitoramento, com a identificação de prioridades de educação permanente, apoio institucional, programação e contratualização de ações. No âmbito do trabalho das equipes, o uso da informação constitui um elemento essencial para a gestão do cuidado, destacando-se o cadastramento domiciliar e a elaboração de diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde no território. Esse diagnóstico, complementado por outras análises (como a da demanda que acessa a UBS, a das necessidades de intervenção e de ampliação do escopo de ações e serviços que são demandadas e percebidas por trabalhadores e usuários, etc.) deve orientar o planejamento e a programação de ações de maneira pactuada com a comunidade e as ações implantadas pela equipe devem ser acompanhadas e avaliadas sistematicamente, visando o aperfeiçoamento constante dos

processos de trabalho. No sistema e-gestor (<http://egestorab.saude.gov.br>) é possível acessar os relatórios analíticos e descritivos que são importantes ferramentas ofertadas pelo Ministério da Saúde para os trabalhadores e gestores da Atenção Básica, com a finalidade de refletir sobre alguns aspectos avaliados no PMAQ.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)


 (61) 3315-9088/5905

 pmaq@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ua.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP

 (85) 3488 2135/3101 520

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica** : AMAQ [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e equipes parametrizadas) e NASF**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_A_B2013.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2018.

1.8 Projeto Qualifica APSUS Ceará: Qualificando a Atenção Primária à Saúde no Estado

QualificaAPSUS
Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde no Ceará

Definição:

O Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - QualificaAPSUS Ceará foi lançado oficialmente em janeiro de 2016 pela Secretaria da Saúde do Estado (SESA), com o intuito de subsidiar a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da Atenção Primária à Saúde nos municípios cearenses e, conseqüentemente, da implantação e implementação das Redes de Atenção.

Considerando que a consolidação das Redes de Atenção depende de uma Atenção Primária (APS) que cumpra seu papel de responsabilização, coordenação e resolução dos problemas de saúde da população, garantindo, sobretudo, a ampliação do acesso, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, o Projeto QualificaAPSUS Ceará é estratégico para o Governo, no intuito de se buscar melhores resultados sanitários e econômicos no âmbito do SUS.

A estratégia adotada pela SESA no Projeto QualificaAPSUS Ceará tem como foco estabelecer padrões de qualidade comuns para a Atenção Primária à Saúde com conseqüente certificação das equipes. Para avaliação da gestão da qualidade nas Unidades Básicas de Saúde, foram propostos três selos - bronze, prata e ouro. Cada selo reflete o nível de qualidade em que a equipe de saúde se encontra.

Objetivos:

O Projeto tem como objetivo apoiar os municípios no fortalecimento da APS para que as equipes de saúde possam cumprir os atributos do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade, da coordenação, da centralização familiar, da orientação comunitária e da competência cultural; cumprir as funções de responsabilização pela saúde

da população adscrita, de comunicação nas redes de atenção à saúde e de resolução de grande parte dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade; assumir a coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde, nas condições crônicas; e participar da rede de atenção às urgências.

Desenvolvendo o projeto:

Em 2018, os municípios que aderiram ao Projeto QualificaAPSUS Ceará serão avaliados para certificação de suas Unidades Básicas de Saúde com o Selo Bronze de Qualidade. A certificação dá visibilidade ao processo de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde desencadeado pelos municípios, possibilitando seu reconhecimento social perante o Estado, além de incentivar as equipes a criar um padrão de qualidade da APS, que garanta um acesso qualificado, efetivo e resolutivo.

Para avaliação das Unidades Básicas de Saúde, referentes à Gestão da Qualidade, foram propostos três Selos: bronze, prata e ouro. Cada selo reflete o nível de qualidade em que a equipe de saúde se encontra: a) Selo Bronze: reúne os itens que visam garantir a segurança do cidadão e da equipe; b) Selo Prata: abrange os itens que visam o gerenciamento dos processos, com o propósito de agregar valor aos cidadãos; c) Selo Ouro: congrega os itens que visam os resultados para a comunidade. O objetivo proposto é que a equipe de saúde conquiste o Selo Ouro da Qualidade. Os Selos Bronze e Prata são apenas etapas intermediárias.

O Instrumento considera para cada Selo dois grandes eixos de análise: a) A Gestão da Unidade: infraestrutura, recursos humanos, recursos materiais e tecnológicos, gerenciamento de risco, entre outros; b) Os Atributos da Atenção Primária à Saúde: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização familiar e orientação comunitária.

Os itens de avaliação apresentam o que se espera em cada grande eixo de análise. É uma frase afirmativa que expressa a expectativa de ser alcançada. A forma de verificação é um orientador para se comprovar se o item de avaliação foi cumprido, e é de uso do Avaliador. Quanto à resposta, será sim ou não. Possivelmente, os avaliadores serão convocados

muitas vezes pelos participantes para debater o “não”, especialmente quando o “sim” deixa de ser alcançado por um aspecto mínimo exigido pelo item de avaliação. Nestas situações, os avaliadores deverão lembrar aos participantes os princípios da proposta e os objetivos de sua utilização. Deverá ser salientado que uma resposta “não”, traz o foco para aquilo que precisa ser aprimorado até que os parâmetros sejam alcançados. Os itens de avaliação respondidos como “sim”, certamente, não serão alvo de intervenções. Forçar uma resposta “sim” quando a situação é de “quase sim”, poderá comprometer ainda mais o desempenho em relação a este item de avaliação em uma nova avaliação. Os avaliadores poderão reforçar nos participantes a compreensão do “não” como “ainda não” e incentivá-los a ver nestes casos uma grande chance de, com pouco esforço, modificar o panorama em uma próxima avaliação.

Após a aplicação do Instrumento para Avaliação da Qualidade na Atenção Primária à Saúde, a equipe deve analisar o percentual de itens que apresentaram conformidade. Na sequência, deve analisar minuciosamente os itens não conformes e questionar os motivos, o grau de dificuldade para correção, os recursos necessários, a qualificação da equipe, entre outros. Após análise, a equipe deve elaborar um plano para correção das não conformidades. Mas não basta planejar, é preciso executar, monitorar e avaliar se, de fato, as não conformidades foram sanadas. Para essa etapa, a recomendação é a utilização de duas ferramentas da qualidade – o PDSA e a Matriz 5W2H – por serem as mais utilizadas pela fácil aplicabilidade. O plano deve ser assinado pelo gerente/responsável da Unidade Básica de Saúde, bem como pelo gestor municipal de saúde, representando o compromisso mútuo e salvaguardando as competências e governabilidade de cada uma das partes na correção das não conformidades identificadas.

Monitoramento e Avaliação:

Qualifica APSUS tem o propósito nortear as formas de verificação de cada item do Instrumento de Avaliação da Qualidade para o Selo Bronze, apresentando orientações gerais acerca de cada item, bem como a correlação com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com o intuito maior de apoiar as

equipes no alcance das conformidades.

+Informações

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP



(85) 3488 2135/3101 520



<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

CEARÁ, Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. **Projeto QUALIFICA APSUS Ceará**: Qualificando a Atenção Primária à Saúde no Estado. 2018 ed. Fortaleza: SESA CE, 2018. 166 p.

1.9 Programa Academia da Saúde – (PAS)



Definição:

Dispositivo da Atenção Básica, inserido nas redes de atenção à saúde, com objetivo de contribuir para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, produção do cuidado e modos de vida saudáveis da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados. O apoio do Ministério da Saúde (MS) caracteriza-se pelo suporte técnico na implantação e implementação do programa e pela transferência de incentivos financeiros de investimento e custeio.

Objetivos:

Tem como objetivo de contribuir para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, produção do cuidado e modos de vida saudáveis da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados.

Desenvolvendo o projeto:

- a) O proponente, geralmente o secretário de saúde do município ou o técnico, deverá indicar o objeto da emenda parlamentar no endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br;
- b) Cadastrar a proposta por meio do SISMOB, em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/login.php>. Caso ainda não tenham sido cadastrados, será necessário cadastrar o prefeito, o engenheiro e o técnico, que receberão senha via e-mail;
- c) Clicar no botão “Cadastro da proposta” no campo “Academia da Saúde”. Em seguida, selecionar “Nova proposta” e preencher todas as informações solicitadas;

- d) Anexar o documento e as fotos do terreno;
- f) Vincular a emenda indicada à proposta cadastrada;
- g) Concluir e enviar proposta para o Ministério da Saúde.


Monitoramento e Avaliação:

O monitoramento e avaliação das atividades do Programa Academia da Saúde ficarão a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, sendo-lhes facultados a utilização de: I - Indicadores e instrumentos de gestão do SUS; II - Registro da produção dos profissionais de saúde nas ações do Programa Academia da Saúde nos Sistemas de Informação do SUS; III - Grau de satisfação e adesão dos usuários; IV - Estudos de efetividade de programas de promoção da saúde; e V - Inquéritos de base populacional.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Responsável: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)


 (61) 3315-9091/9057

 cgan@saude.gov.br academiadasaude@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP

 (86) 3488 2135/3101 520

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de identidade visual Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2014. Versão Preliminar. Disponível em: <<http://goo.gl/ZctQnx>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. . v. 2. Versão Preliminar. Brasília, 2014.

1.10 Rede Cegonha



Definição:

É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional.

Diretrizes da Rede Cegonha:

- Garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do PRÉ-NATAL.
- Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro.
- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao Parto e nascimento.
- Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade.
- Garantia da ampliação do acesso ao planejamento produtivo.

São quatro os componentes da Rede Cegonha:

I-Pré-natal;

II-Parto e nascimento;

III-Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e

IV - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Objetivos:

- Novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança.
- Rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade.
- Redução da mortalidade materna e neonatal.

Desenvolvendo o projeto:

A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases:

I - Adesão e diagnóstico;

II - Desenho Regional da Rede Cegonha;

III - Contratualização dos Pontos de Atenção

IV - Qualificação dos componentes e

V - Certificação


Monitoramento e Avaliação:

O Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal.

+Informações


Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica/DAB

 (61) 3315 5905

 dab@saude.gov.br


Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES

 (61) 3315 9101

 saude.mulher@saude.gov.br


Área Técnica de Saúde da Criança/DAPES

 crianca@saude.gov.br

 (61) 3315 9070

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção a Saúde da Mulher, Adolescente e Criança-NUSMAC

 (85) 3101 5201

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 650, de 5 de outubro de 2011**. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, os parâmetros para os cálculos de conformação e os indicadores estratégicos para a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, n. 193, Seção 1, p. 69, 6 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, n. 121, Seção 1, p. 109-111, 27 jun. 2011.

1.11 Programa Saúde na Escola (PSE)



Definição:

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral.

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. Implica colocar em questão: como esses serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nesses serviços?

A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é à base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.

Objetivos:

Tem o objetivo de promover o desenvolvimento pleno dos escolares no âmbito da avaliação das condições de saúde; prevenir doenças e agravos de saúde; formar jovens e promover a qualificação permanente dos profissionais de saúde e educação num encontro de saberes sustentado por políticas de garantia da saúde e educação como um direito universal.

Desenvolvendo o projeto:

a) Desde 2013, todos os municípios brasileiros e o Distrito Federal estão aptos a pactuarem metas por meio do Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE), mediante adesão realizada anualmente;

b) A adesão pelo município é via preenchimento do termo de compromisso, que deve ser assinado pelos secretários municipais de Saúde e Educação. No documento, devem constar: 1) a pactuação das ações a serem implementadas; 2) a quantidade de educandos atendidos; e 3) a relação das escolas e das equipes de Atenção Básica que participarão do Programa;

c) No município, o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTIM) pode realizar a adesão ao programa e definir quais escolas e equipes de saúde participarão das ações do PSE, e também pode acompanhar esse processo de adesão realizado pelas secretarias de Saúde e de Educação. O GTIM, que deve ter a composição mínima de representantes da Saúde e da Educação, é responsável pela implementação, gestão e acompanhamento do PSE no território


Monitoramento e Avaliação:

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é utilizado pelos municípios como instrumento de gestão e monitoramento das ações das ações desenvolvidas no PSE através do CDS ou PEC preenchendo a ficha de Atividades Coletivas. Foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)


 (61) 3315-9091/3315-9068/3315-9095

 pse@saude.gov.br

 <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção a Saúde da Mulher, Adolescente e Criança-NUSMAC

 (85) 3101 5201

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 234, Seção 1, p. 2-3, 6 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013**. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União, Brasília, n. 132, Seção 1, p. 263-265, 11 jul. 2013.

1.12 Programa Atenção Domiciliar - (EMAD)



Definição:

A atenção domiciliar (AD) se constitui em uma nova modalidade de Atenção à Saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde.

A AD busca ofertar atendimento qualificado com vistas à: i) humanização da atenção; ii) redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados; iii) desinstitucionalização; e iv) ampliação da autonomia dos usuários. O programa está articulado com as Redes de Atenção à Saúde (Saúde Mais Perto de Você e Saúde Toda Hora), em parceria com estados e municípios, para ampliar e/ou qualificar a assistência na Atenção Básica, nos serviços de urgência e emergência no SUS e nos serviços hospitalares.

Objetivos:

Tem como objetivo de reorientar a forma como vinha sendo produzida a saúde, podemos afirmar que o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, é fragmentado, é biologicista e mecanicista e propiciar um espaço onde os cuidadores possam trazer suas angústias, medos e dificuldades, uma vez que, ao longo do tempo sentem-se sobrecarregados, recomenda-se à equipe a organização e desenvolvimento de grupos. O grupo de cuidadores também pode oportunizar a troca de saberes, possibilitando que diferentes tecnologias desenvolvidas pelos cuidadores possam ser compartilhadas, enriquecendo o processo de trabalho de ambos, equipe e cuidador.

Desenvolvendo o projeto:

A adesão ao programa poderá ser realizada por qualquer município brasileiro. Dá-se, de forma isolada, para municípios com população acima de 20 mil habitantes e, por meio de agrupamentos, para municípios menores, a fim de alcançar um somatório de 20 mil habitantes. No caso de agrupamento, o projeto de adesão/implantação deverá ter pactuação e aprovação prévia entre todos os gestores envolvidos, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR).

a) O gestor elabora projeto específico de implantação da AD e/ou detalhamento do componente AD do plano de ação da RUE (caso participe). Para elaboração do projeto, ver as Portarias nº 963/2013 e nº 1.505/2013 e o manual instrutivo. Atentar para o fato de haver duas modalidades de EMAD, definidas conforme o porte populacional: tipo 1: para municípios com mais de 40 mil habitantes; e EMAD tipo 2: para municípios com população entre 20 mil e 40 mil habitantes isoladamente, ou para municípios agregados constituindo 20 mil habitantes.

b) O gestor encaminha o projeto específico de implantação da AD e/ou o detalhamento do componente AD na RUE para a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD). O projeto e a homologação da CIB (quando necessário) devem ser enviados para a CGAD/DAB/SAS/MS por meio do endereço: SAF Sul, Quadra 2, Bloco E/F, Ed. Premium Torre II, Auditório, sala 5 CEP 70070-600 Brasília/DF;

c) A Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD) realiza a análise técnica do projeto e demais documentos enviados pelo gestor e publica portaria específica habilitando os estabelecimentos de saúde, com suas respectivas equipes de Atenção Domiciliar;

d) Conforme Portaria Ministerial nº 761/2013, o gestor local deverá inserir, no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), as equipes de EMAD e EMAP no(s) estabelecimento(s) de saúde, de acordo com o indicado no projeto de habilitação e publicado em portaria.

Passo a passo para a implantação:

Passo 1: verificar se existe teto do Ministério da Saúde (MS) para a implantação ou ampliação de equipe(s) com recebimento de incentivos. Para cálculo de teto será definido conforme o porte populacional: tipo 1: para municípios com mais de 40 mil habitantes; e EMAD tipo 2: para municípios com população entre 20 mil e 40 mil habitantes isoladamente, ou para municípios agregados constituindo 20 mil habitantes.

Passo 2: o município submete o projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Passo 3: encaminhar à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) solicitação de credenciamento de equipes. Anexar os seguintes documentos:

- Ofício assinado e carimbado pelo Secretário Municipal de Saúde solicitando o credenciamento e a implantação da(s) equipe(s);
- Projeto de implantação, de acordo com o Anexo II da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com o cronograma de implantação da(s) equipe(s);
- Ata do Conselho Municipal de Saúde (CMS), contendo o número de equipes, área de abrangência e número de pessoas a serem atendidas:

Situação 1 – Ata com ciência do CMS para municípios com Plano Municipal de Saúde já aprovado pelo CMS, com cópia das páginas que contenham as informações referentes à previsão de implantação de equipes de EMAD.

Situação 2 – Ata com aprovação do CMS para municípios que não tenham o Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS, ou que o mesmo não contenha informações referentes à implantação dessa(s) equipe(s).

Passo 4: após parecer favorável da CRS e aprovação na CIB, acompanhar publicação de credenciamento no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

Passo 5: o município deve cadastrar os profissionais da equipe no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme define a Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006.

O município começa a receber os recursos referentes ao número de EMAD implantadas e informadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, mas para manutenção dos recursos é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais


Monitoramento e Avaliação:

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é utilizado pelos municípios como instrumento de gestão e monitoramento das ações desenvolvidas pelo EMAD e EMAP do CDS ou PEC. Foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).


+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD)


 (61) 3315-9052/9030 36

 melhoremcasa@gmail.com

 <http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP

 (85) 3488 2135/3101 520

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 761 de 8 de julho de 2013.** Estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES). Diário Oficial da União, Brasília, n. 131, Seção 1, p. 118-119, 25 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 101, Seção 1, p. 30-32, 28 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013.** Fixa o valor do incentivo de custeio referente a implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Diário Oficial da União, Brasília, n. 142, Seção 1, p. 33, 25 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar.** v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. (2 volumes).

1.13 Telessaúde



Definição:

O Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica é um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que objetiva ampliar a resolubilidade da Atenção Básica por meio do aumento da capacidade clínica e de cuidado das equipes de Atenção Básica. Além disso, a partir da integração de ações entre Telessaúde e regulação, é possível qualificar os encaminhamentos para a atenção especializada, reduzindo o número de encaminhamentos desnecessários.

Objetivos:

Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica é um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que objetiva ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde.

Desenvolvendo o projeto:

Implantação

- a) Cadastrar o Núcleo de Telessaúde como estabelecimento de saúde, incluindo se a descrição de serviços ofertados, no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nos termos dos arts. 12 e 13 da Portaria nº 2.546/GM/MS, de 27 de outubro de 2011;
- b) Ter concluído a etapa de implantação do Núcleo de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica;
- c) Enviar ofício solicitando o incentivo financeiro de custeio mensal ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), devidamente homologado pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) ou Comissões Intergestores Bipartite (CIB), conforme modelo constante do

sítio eletrônico www.saude.gov.br/dab.

Custeio

- a) Ter, no mínimo, 80 equipes de Atenção Básica, participantes cadastradas na plataforma de Telessaúde;
- b) Possuir equipes vinculadas a unidade básica de saúde (UBS) com ponto de Telessaúde no SCNES;
- c) Possuir equipes com histórico de solicitação de teleconsultorias nos últimos três meses,
- d) Enviar, mensalmente, o relatório de produção do Núcleo para o Sistema de Monitoramento do Telessaúde vigente;
- e) O Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) analisa e aprova o repasse do custeio.

Monitoramento e Avaliação:


Conforme a portaria nº 2.859, de 28 de dezembro de 2014, para fazer jus aos componentes fixo e variável do custeio, o ente federativo sede de Núcleo de Telessaúde deve encaminhar para o DAB/SAS/MS ofício com as seguintes informações e documentos:

Para o recebimento dos componentes fixo e variável do incentivo financeiro de custeio mensal os núcleos de telessaúde devem enviar, mensalmente, o relatório de produção do Núcleo ao SMART com todas as informações necessárias para o acompanhamento dos indicadores.


+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)


 (61) 3315-5905


 telessauderedes@saude.gov.br

 <http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/telessaude>

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação e Saúde.

 (85) 3101 5183

 <http://www.nuteds.ufc.br/> ou <http://www.esp.ce.gov.br/>

Publicações:

Brasil. Ministério da Saúde. **Custeio dos Núcleos de Telessaúde Manual Instrutivo** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. ____ p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.229, de 14 de junho de 2012**. Estabelece recursos financeiros destinados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Diário Oficial da União, Brasília, n.115, Seção 1, p. 54-58, 15 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.860, de 29 de dezembro de 2014**. Define os valores do incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica de que trata a Portaria nº 2.859/GM/MS, de 29 de dezembro de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, n. 252, Seção 1, p. 62, 30 dez. 2014.

1.14 e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)



Definição:

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

Esse modelo nacional de gestão da informação na AB é definido a partir de diretrizes e requisitos essenciais que orientam e organizam o processo de reestruturação desse sistema de informação instituindo-se o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) pela Portaria GM/MS N° 1.412, de 10 de julho de 2013, e a Estratégia e-SUS AB para sua operacionalização.

A estratégia é composta por dois sistemas:

- SISAB, sistema de informação nacional que passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e

Sistema e-SUS AB, composto por dois softwares para coleta dos dados:

- Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e um sistema de digitação;
- Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistema com

prontuário eletrônico, que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das UBS.

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e a Coleta de Dados Simplificada (CDS) do e-SUS AB são utilizados de forma complementar nos cenários possíveis de informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos municípios e no distrito federal. Ambas as ferramentas possibilitam a identificação do registro dos atendimentos por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS), promovendo efetiva coordenação e gestão do cuidado do cidadão, além da possibilidade de compartilhamento de informações com outros serviços de saúde.

Considerando o princípio doutrinário da universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS), se o cidadão não tiver um CNS, ele deve ser atendido e poderá ser utilizado o registro no CDS ou PEC. Entretanto, este registro do atendimento vira um dado individualizado e não identificado, portanto, apenas comporá o consolidado de ações desenvolvidas pela equipe. Em relação ao cadastro, é possível marcar a opção “Não possui CNS” e acompanhá-lo normalmente.

Objetivos:

A Estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da AB e na qualificação do cuidado dos usuários.

Desenvolvendo o projeto:

- a) Definir uma pessoa de referência para coordenar a implantação da estratégia e cadastrá-la no Sistema de Controle de Uso do e-SUS AB.
- b) Diagnosticar a disponibilidade de recursos humanos existentes nos estados e municípios para identificar profissionais a serem capacitados e possíveis multiplicadores da estratégia,
- c) Realizar o levantamento da capacidade tecnológica disponível

(computadores, impressoras, internet, ambientes etc.)

d) Definir o cenário de implantação. Consultar no portal do Departamento de Atenção Básica a relação dos possíveis cenários de implantação.

e) Elaborar o Plano de Implantação Local da estratégia e-SUS AB, que deve considerar todos os passos anteriores;

f) Articular a integração do Plano Local ao Plano Regional;

g) Qualificação de profissionais de saúde e de tecnologia da informação;

h) Monitorar a implantação do e-SUS AB em cada equipe, distrito sanitário e no município como um todo, identificando as dificuldades e potencialidades, fortalecendo o uso da estratégia localmente.


Monitoramento e Avaliação:

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é utilizado pelos municípios como instrumento de gestão e monitoramento das ações da APS através do CDS ou PEC. Foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)


 (61) 3315-5905


 esusab@saude.gov.br

 <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Informação e Análise em Saúde-NUIAS

 3101 5233/3101 521

 <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php> ou
<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para uso do PEC AD**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_ad_v_2_1.pdf>. Acesso em: 13 março 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de utilização do Sistema de Controle de Uso**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_controle_uso.pdf>Aces so em: 13 março 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 534, de 23 de junho de 2015**. Altera o anexo 14 da Portaria nº 14/SAS/MS, de 7 de janeiro de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, n.118, Seção 1, p.40, 24 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 14, de 7 de janeiro de 2014**. Institui os prazos para o envio da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referente às competências de janeiro a junho de 2014 e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, n. 6, Seção 1, p. 46, 9 jan. 2014.

1.15 Sistema de Informação da Atenção Básica – (SISAB)



Definição:

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS AB para captar os dados, que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles:

- 1) Coleta de Dados Simplificado (CDS);
- 2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e
- 3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, atualmente disponível: app AD (Atenção Domiciliar).

Nesse sentido, os sistemas e-SUS AB foram desenvolvidos para atender os processos de trabalho da Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), do Consultório na Rua (CnR), de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no

âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde.

Com o SISAB, será possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.

Todas as informações podem ser acessadas pelo o e-Gestor AB que tem por objetivo centralizar os acessos dos usuários aos sistemas dos programas da Atenção Básica, desenvolvidos e gerenciados pelo Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, permitindo organização e agilidade no acesso aos mesmos. No e-Gestor, foi criado o perfil Gestor da Atenção Básica. Este novo papel tem a responsabilidade de gerenciar os Gestores dos programas da Atenção Básica (SISAB, PMAQ e outros) nos níveis Municipal e Estadual.

Objetivos:

Tem Como objetivo facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população e a integração de sistemas de informação, eliminação do retrabalho na coleta de dados e centralização de dados em diferentes níveis, facilitando a gestão desde a UBS até o Ministério da Saúde.

Desenvolvendo o projeto:

- a) Definir uma pessoa de referência para coordenar a implantação da estratégia e cadastrá-la no Sistema de Controle de Uso do e-SUS AB. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/controloUsoEsus/login.php>;
- b) Diagnosticar a disponibilidade de recursos humanos existentes nos estados e municípios para identificar profissionais a serem capacitados e possíveis multiplicadores da estratégia;
- c) Realizar o levantamento da capacidade tecnológica disponível

(computadores, impressoras, internet, ambientes etc.);

d) Definir o cenário de implantação. Consultar no portal do Departamento de Atenção Básica a relação dos possíveis cenários de implantação. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=como_implantar;

e) Elaborar o Plano de Implantação Local da estratégia e-SUS AB, que deve considerar todos os passos anteriores;

f) Articular a integração do Plano Local ao Plano Regional;

g) Qualificação de profissionais de saúde e de tecnologia da informação;

h) Monitorar a implantação do e-SUS AB em cada equipe, distrito sanitário e no município como um todo, identificando as dificuldades e potencialidades, fortalecendo o uso da estratégia localmente.

Monitoramento e Avaliação:

Acesse o site: <http://egestorab.saude.gov.br/paginas/login.xhtml>, inserir as credenciais do gestor municipal de saúde terá acesso ao resumo de envios por equipe, total de dados transmitidos por estabelecimento e o total de fichas transmitidas por competência.


O Gestor da Atenção Básica deve acessar o e-Gestor com o CPF e a senha recebida por e-mail e cadastrar o Gestor do programa SISAB. O gestor do SISAB terá acesso para visualizar relatórios na área restrita, gerar contrachave do e-SUS AB PEC e cadastrar o Gestor Técnico (Técnico Responsável pela instalação do e-SUS AB PEC).

O próprio sistema PEC possui relatórios de produção onde poderá acompanhar a produção que o município está realizando por competência, tais relatórios estão disponíveis apenas para os perfis de gestão municipal e profissional de saúde no pec. mas também é possível visualizar tais informações através do sistema sisab, cujo link de acesso é: sisab.saude.gov.br. tal sistema é a nível de gestão e, com isso, os dados de acesso são os mesmos utilizados pelo gestor do esus no sistema de controle de uso do esus ab (CPF e senha).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA)
Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)


 (61) 3315-9088/590


 esusab@saude.gov.br

 <https://sisab.saude.gov.br/>

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Informação e Análise em Saúde-NUIAS

 3101 5233/3101 521

 <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php> ou
<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica : **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 2.1** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para uso do PEC AD**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_ad_v_2_1.pdf>. Acesso em: 13 março 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de utilização do Sistema de Controle de Uso**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_controle_uso.pdf> Aces so em: 13 março 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 534, de 23 de junho de 2015**. Altera o anexo 14 da Portaria nº 14/SAS/MS, de 7 de janeiro de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, n.118, Seção 1, p.40, 24 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 14, de 7 de janeiro de 2014**. Institui os prazos para o envio da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB) referente às competências de janeiro a junho de 2014 e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, n. 6, Seção 1, p. 46, 9 jan. 2014.6, Seção 1, p. 46, 9 jan. 2014.

1.16 Sistema de Informação de Câncer – (SISCAN)



Definição:

O SISCAN é uma versão em plataforma web que integra os sistemas SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero) e SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama). É integrado ao CADWEB, permitindo a identificação dos usuários pelo número do Cartão SUS e a atualização automática de seu histórico de seguimento. Os operadores do sistema CADWEB são responsáveis pelo acesso e manutenção dos dados de identificação dos profissionais, que serão identificados e suas ações rastreadas.

O sistema também é integrado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que permite aos profissionais dos estabelecimentos de saúde habilitados para coleta, solicitação e emissão de laudos de exames estarem automaticamente disponíveis no sistema como responsáveis por essas ações. Para tanto, é fundamental que todos os Prestadores de Serviço e Unidades de Saúde mantenham o cadastro de funcionários atualizados no CNES, informando corretamente o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) do profissional.

O SISCAN disponibiliza, em tempo real, as informações inseridas no sistema pela internet. No momento em que a Unidade de Saúde fizer a solicitação do exame pelo SISCAN, esta ficará visível para o Prestador incluir o resultado. Quando o laudo estiver liberado pelo Prestador de Serviço, a Unidade de Saúde solicitante poderá visualizá-lo. Ao final da competência, quando o Prestador encerrá-la, automaticamente as informações epidemiológicas serão exportadas para a Base Nacional no DATASUS.

O módulo seguimento permite o acompanhamento das mulheres que apresentaram algum exame alterado. A partir do momento que a

mulher tem um exame alterado, todos os seus exames são levados para este, inclusive os exames normais anteriores a este resultado. O histórico desse seguimento apresenta também tratamentos posteriores ao exame alterado, possibilitando o gerenciamento das ações de controle destes cânceres.

Objetivos:

- Conhecer a distribuição dos exames de colo do útero e de mama para organizar o acesso a rede de serviços, contribuindo para a estruturação das redes de assistência à saúde e otimizando a utilização dos recursos;
- Verificar a distribuição dos resultados dos exames e indicar auditorias e capacitações locais, quando necessário, qualificando os dados do sistema de informação;
- Avaliar a qualidade dos exames por meio da análise comparativa do resultado de rastreamento e de seu resultado histopatológico;
- Construir indicadores para acompanhar o desempenho do programa de controle destes cânceres e fazer análises temporal e espacial.

Desenvolvendo o projeto:

O SISCAN é destinado a registrar a suspeita e a confirmação diagnóstica, registrar informações sobre condutas diagnósticas e terapêuticas relativas aos exames positivo/ alterados, fornecer o laudo padronizado, arquivar e sistematizar as informações referentes aos exames de rastreamento e diagnóstico dos cânceres do colo do útero e de mama, selecionar amostras para monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero, dispor as informações para construção dos indicadores do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM), disponibilizar o módulo opcional de rastreamento para as localidades que estiverem estruturadas para implantar o rastreamento organizado e disponibilizar para prestadores de mamografia exclusivamente privados o módulo componente do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia.


Monitoramento e Avaliação:


A organização dos serviços para a prevenção e detecção precoce desses cânceres exige monitoramento e avaliação constantes das ações de saúde realizadas com vistas a reduzir os indicadores de mortalidade por essas neoplasias. Para tanto, entende-se que os sistemas de informação são ferramentas indispensáveis à gestão dos programas de saúde, por subsidiarem tomadas de decisão embasadas no perfil epidemiológico e na capacidade instalada de cada localidade. A importância gerencial dos sistemas de informação é caracterizada, pela sua definição, como componente fundamental da Política Nacional de Atenção Oncológica.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: SisCan - Sistema de Informação do Câncer da Mulher

 (21) 3985-7173


 lista.siscan@saude.gov.br

 <http://siscan.saude.gov.br/login.jsf>

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Especializada

 nuesp@saude.ce.gov.br

 (85) 3101 5183 / 3101 5180

Publicações:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 23ª Edição. **Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS** - sistema de informações ambulatoriais Outubro de 2016.

1.17 Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores- (SISPACTO)



Definição:

O Sispacto foi criado no ano de 1999, pelo Governo Federal, por meio do Ministério de Saúde, como uma estratégia para avaliação dos indicadores de saúde em todo o Brasil. É um instrumento virtual que visa o preenchimento e registro de uma pactuação quanto às prioridades, metas, objetivos e indicadores do pacto pela saúde (conjunto de reformas institucionais do SUS, que redefine as responsabilidades de cada esfera do governo, objetivando inovações na gestão do SUS, com maior eficiência e qualidade nos atendimentos). As metas ou parâmetros nacionais dos indicadores do pacto pela saúde devem servir de referência para a definição das metas municipais, estaduais e do Distrito Federal, observadas as metas ou parâmetros estabelecidos para cada unidade da federação.

Os pactos são firmados com os diferentes órgãos de saúde federal, com os estados e com os municípios, as metas pactuadas devem ser avaliadas e re-pactuadas anualmente. Constitui-se a base de negociação de metas a serem alcançadas por cada esfera de governo, com vistas à melhoria do desempenho do serviço e situação de saúde da população, ou seja, com os resultados alcançados no ano anterior faz-se a proposta para o ano em curso.

Com o Sispacto fica garantida a credibilidade e a agilidade na transmissão das informações de saúde, bem como os acordos dos resultados a serem alcançados durante o ano, tudo de forma online e eficaz. Com essas informações na base de dados são emitidos relatórios e indicadores de saúde, por municípios, regiões, estados, de acordo com faixas etárias, tipos de doenças, causas mortes, deficiências e pontos fortes na área de saúde em todos os locais. De posse dos indicadores os gestores

de saúde têm então, uma importante ferramenta para planejar ações e estratégias para atender as áreas deficitárias, debelar focos de doenças, etc., ou seja, os gestores têm condições de criarem estruturas para sanar as deficiências e tornar ainda melhor o Sistema de Saúde do Brasil, rumando para a assistência plena e universal a todo cidadão.

Objetivos:

Através do SISPACTO fica reforçado o compromisso dos gestores para com a consolidação do SUS, fortalecendo-o como uma política de Estado. Neste contexto, todos os municípios passam a ser gestores plenos de responsabilidade pela saúde dos seus cidadãos, assumindo a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde à sua população, seja no seu território ou em município de referência. Substituindo as formas de habilitação de gestão anteriores, estado e municípios irão, articuladamente e em processo de cooperação, assinar e homologar na CIB os Termos de Compromisso de Gestão, instrumento legal de pactuação de responsabilidades sanitárias a serem assumidas por cada gestor. Isto inclui garantia de serviços de atenção à saúde da população, ações regulatórias, compromissos com ações prioritárias do Pacto pela Vida, bem como o monitoramento e avaliação destas ações e das mudanças na situação sanitária da população.

Desenvolvendo o projeto:

Os municípios devem realizar o processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, conforme fluxo previsto na Resolução CIT nº 5, de 19 junho de 2013 registrando as metas anualmente no aplicativo Sispacto, disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico , conforme mostrado a seguir:

Pactuação municipal: 1- Pactuação na CIR; 2- Aprovação no Conselho Municipal de Saúde; 3- Registro e validação das metas municipais no Sispacto; 4- Homologação pela respectiva SES.

Monitoramento e Avaliação:

Todos os indicadores pactuados serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o Relatório Anual de Gestão, a

ser enviado ao Conselho de Saúde até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira, conforme artigo 36, § 1º da Lei Complementar nº 141/2012. Esses resultados serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde no Tabnet no site do DATASUS: e no Sistema de Pactuação dos Indicadores (Sispacto).

Os indicadores de Saúde relacionados a seguir são considerados passíveis de monitoramento quadrimestral e seus resultados estarão disponíveis no Tabnet no site do DATASUS: , e ainda no Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão (SargSUS): , visando auxiliar os gestores no atendimento ao disposto no art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012, quando da elaboração do Relatório Detalhado do Quadrimestre. Intergestores Bipartite (CIB), conforme modelo constante do

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP Departamento de Articulação Interfederativa – DAI
Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa – CGAIG



(61) 3315-3574/2996



sispacto@saude.gov.br



<http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/>

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Assessoria de Planejamento e Gestão do SUS



(85)3101 5185



<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Portaria nº399/GM, de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Portaria nº699/GM, 30 de março de 2006: Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

Portaria nº372/GM, 16 de fevereiro de 2007: Altera a Portaria 699/GM, que Regulamenta as Diretrizes dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Portaria nº91/GM, 10 de janeiro de 2007: Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores.

1.18- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - (CNES)



Definição:

O CNES é um cadastro que deve propiciar aos gestores conhecimento efetivo da rede assistencial e existente e da capacidade instalada. Assim sendo, o CNES tem como função principal para a medicina ser uma ferramenta de apoio na gestão, para que possam ser tomadas decisões e realizados planejamentos conforme o mapa assistencial de saúde.

É possível saber quantos e quais estabelecimentos foram abertos ou fechados, onde houve mais leitos sendo abertos na rede pública ou privada, e comparar com a demanda para esses locais. Ou seja, o CNES deve ser o topo da integração dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, possibilitando ao órgão maior controle sobre as finanças e permitindo repasses de acordo com a infraestrutura do estabelecimento.

O código obtido ao realizar o cadastro no CNES, além de servir para atestar regularidade no funcionamento, também é utilizado na celebração de contratos ou aditivos entre prestadores de serviço e também operadoras de planos de saúde. É exigência da Agência Nacional de Saúde (ANS).

O CNES é obtido procurando o gestor local, que pode ser a secretaria municipal ou estadual de Saúde. São esses gestores que farão o cadastramento e manutenção dos seus estabelecimentos no CNES. Caso seja necessário solicitar um descadastramento do estabelecimento junto ao CNES, é preciso encaminhar essa solicitação por escrito, informando o código que deve ser excluído ou que precisa de correção na habilitação, o motivo e também o nome fantasia ou razão social.

No site do sistema, dentro da página do Departamento de

Informática do SUS – Datasus, é possível acessar arquivos, aplicativos e documentação referentes ao preenchimento do CNES.

Objetivos:

O CNES visa atualizar as informações relacionadas às condições de infra-estrutura e funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde, sejam eles da rede de atendimento SUS ou particular. Paralelamente servirá como base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, propiciar o conhecimento da realidade sócio sanitária e possibilitar a formulação de políticas de saúde, em todos os níveis de governo.

Desenvolvendo o projeto:

O CNES foi oficialmente instituído pela Portaria MS/SAS 376 de 03/10/2000, publicado no Diário Oficial da União em 04/10/2000. O cadastro era um desejo dos gestores de saúde por permitir que elaborem planejamentos, controles e avaliações. Desde então, o cadastro vem sendo melhorado, atualizado e adequado conforme o uso.

O cadastro exige informações que vão desde aspectos relacionados a recursos humanos, quanto à área física, equipamentos e também serviços, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares. Tudo deve ser informado de forma completa e precisa. Os dados solicitados incluem razão social, endereço nível de atenção – se ambulatorial ou hospitalar tipo de atendimento, internação, urgência, ambulatorial, entre outros.

Também é preciso prestar informações sobre o vínculo do local com o SUS, alvará de funcionamento, instalações para assistência, número de salas e serviços e avaliação de acordo com o programa Nacional de Serviços de Saúde. O CNES completo possui 15 fichas, no total, para serem preenchidas pelo responsável. Campos sobre dados inexistentes devem ser deixados em branco e riscados na diagonal.

A ficha que cada profissional de saúde preenche solicita dados como nome completo, CPF, CBO, escolaridade e Conselho de Classe, além de campos facultativos, exceto para os que atendem pelo SUS, que devem preencher todos.

O estabelecimento que não responde ao CNES pode perder o vínculo que permite atendimento de clientes de planos de saúde, prejudicando não apenas a instituição, mas também os médicos envolvidos. Operadoras de planos de saúde só realizam pagamento de profissionais que estejam prestando serviços cadastrados no CNES. Por isso, é sempre indicado que o profissional também acompanhe o processo para evitar atrasos nos repasses de pagamentos.


Monitoramento e Avaliação:

Sempre que houver alguma modificação na estrutura, profissionais e equipamentos devem ser feito a atualização no sistema do CNES. O não cadastramento ou desatualização do CNES implica em repasses incorretos de recursos e programas para as instituições; falta de equipamentos, leitos e estrutura para atendimento; ausência de profissionais e especialidades necessárias e pagamentos errados aos servidores descumpridores de questões contratuais ou já desligados dos estabelecimentos.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Departamento de informática do SUS-DATASUS


 136, opção 8


 suporte.sistemas@datasus.gov.br

 <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Informação e Controle de Serviços de Saúde - NUICS

 (85) 3101-5241

 datasusce@saude.gov.br

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES** – Versão 2-Atualização, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual de instalação e administração/ CNES** – 2009.

1.19 Programa Mais Médicos – (PMM)



Definição:

O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais.

Assim, o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. Além de estender o acesso, o programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade.

O Mais Médicos se somou a um conjunto de ações e iniciativas do governo para o fortalecimento da Atenção Básica do país. A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), que está presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades. É neste atendimento que 80% dos problemas de saúde são resolvidos.

Nesses anos, o Mais Médicos conseguiu implantar e colocar em desenvolvimento os seus três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, além de ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde.

Objetivos:

I – diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; II – fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; III – aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; IV – ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; V – fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; VI – promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; VII – aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e VIII – estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS

Desenvolvendo o projeto:

Todo Município deve ter, obrigatoriamente, o Gestor Municipal e o Coordenador do Mais Médicos cadastrados no CNPS (Cadastro Nacional de Profissionais de Saúde) para que a adesão do município possa ser acessada. O Gestor Municipal deve ser o Secretário Municipal de Saúde. Somente o Gestor Municipal (Secretário de Saúde) pode fazer a adesão do município. O Gestor Municipal (Secretário de Saúde) deverá realizar o cadastro do Coordenador do Mais Médicos no Sistema. Qualquer funcionário do município poderá ser indicado como Coordenador através do site <http://maismedicos.saude.gov.br>

Monitoramento e Avaliação:


O funcionamento e desenvolvimento do Programa Mais Médicos dependem do olhar e acompanhamento do Gestor de cada município participante. Por isso, o compromisso com a manutenção do SGP (Sistema de Gerenciamento de Programas) é vital, pois a validação das atividades dos médicos e outros importantes procedimentos dependem da alimentação desse sistema. Acompanhe o Mais Médico no seu município

pelo SGP: <http://maismedicos.saude.gov.br/loginExt.php>

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Secretaria de Gestão do trabalho e da educação na Saúde(SGTES)


 136 opção 8

 esus.maismedicos@saude.gov.br

 <http://maismedicos.gov.br/>

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE


Responsável: Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CGTES)

 (85) 3488 5267

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Escola de Saúde Pública do Ceará

Coordenadoria em Residência de Medicina de Família e Comunidade - COREME

 (85) 3101 1424

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – **dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Programa Mais Médicos** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial /**MEC/MS n° 2.087, de 1° de setembro de 2011.** Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. 2011. Disponível em: . Acesso em: 1 março. 2018.

BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos,** altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n° 6.932, de 7 de julho de 1981, e da outras providências. Disponível em: . Acesso em: 1 março 2018.

1.20 e-Gestor da Atenção Básica



Definição:

O e-Gestor AB (Atenção Básica) é uma plataforma WEB para centralização dos acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica - AB, bem como um aglutinador de informações próprias para os gestores estaduais e municipais. O e-Gestor AB contará com um módulo de Acesso Público, onde estarão disponíveis relatórios públicos e demais informações para os gestores, sem a necessidade de login e senha.

Listagem dos sistemas que serão acessados pela plataforma e-Gestor AB (1ª versão):

- Sistema do programa de Suplementação de Vitamina A
- Sistema da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
- Programa Saúde na Escola
- Sistema de Equipamentos para ESB
- SISAB – Sistema de informação para a Atenção Básica
- PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
- Controle de uso do e-SUS AB

Objetivos:

Tem o objetivo de centralizar e organizar o acesso aos sistemas; Permitir maior agilidade na realização dos cadastros; Reforçar a identidade dos sistemas ofertados pelo Departamento. Reunir informações de apoio aos Gestores estaduais e municipais

Desenvolvendo o projeto:

Acesso pessoa física Informe seu usuário (CPF) e sua senha para acessar o Portal e-Gestor AB. O usuário e senha a serem informados são os mesmos utilizados em qualquer dos programas da Atenção Básica. Caso tenha esquecido a senha informe seu CPF em esqueci minha senha para receber informações de como recebê-la no(s) e-mail(s) cadastrado(s). Se o(s) e-mail(s) estiver(em) desatualizado(s) solicite ao responsável (Gestor da Atenção Básica) pelo seu Município/Estado que altere seu cadastro.

Acesso pessoa jurídica o usuário e a senha a serem utilizados são correspondentes ao do Fundo Municipal de Saúde/Distrito Federal ou do Fundo Estadual de Saúde. Atenção! A senha deverá ser digitada da mesma forma que foi registrada (considerando letras maiúsculas e minúsculas, e caracteres especiais). Caso não possua a senha informe o CNPJ do Fundo Municipal de Saúde/Distrito Federal ou do Fundo Estadual de Saúde (Matriz) em esqueci minha senha, no endereço: <http://www.fns2.saude.gov.br/fafweb/>. A senha será enviada para o e-mail cadastrado no sistema do FNS. Se o e-mail do Fundo Municipal de Saúde/Distrito Federal (MATRIZ) ou do Fundo Estadual de Saúde não estiver cadastrado ou está desatualizado, entre em contato com a DICON do seu estado. O perfil FMS/Distrito Federal ou FES terá apenas a função de gerenciar o cadastro de usuários/perfis do município.

Monitoramento e Avaliação:

O e-Gestor AB gera relatórios das produções dos profissionais da Atenção Básica que servem de auxílio nas tomadas de decisões dos gestores onde contempla os os seguintes sistemas: Suplementação de Vitamina A, Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB), Programa Saúde na Escola (PSE), Equipamentos para ESB, Sistemas de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Os sistemas Controle de uso do e-SUS AB e a Nova versão do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Núcleo de Tecnologia da Informação do DAB

 136

 nti.dab@saude.gov.br

 <https://egestorab.saude.gov.br/>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento da Atenção Básica/ Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI. **Manual de uso do sistema e-Gestor AB – INFORMAÇÃO E GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA 2017**. Brasília, 2017.

1.21 Fundo Nacional de Saúde – (FNS)



Definição:

Instituído pelo Decreto N° 64.867, de 24 de julho de 1969, como um fundo especial, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera federal.

A gestão dos recursos do FNS é exercida pelo diretor executivo, sob a orientação e supervisão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, observando o Plano Nacional de Saúde e o Planejamento Anual do Ministério da Saúde, nos termos das normas definidoras dos Orçamentos Anuais, das Diretrizes Orçamentárias e dos Planos Plurianuais. À Diretoria Executiva compete planejar, coordenar, desenvolver e controlar as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil do Fundo Nacional de Saúde, inclusive aquelas executadas por unidades descentralizadas.

A execução dos recursos é feita, em nível central, por meio da Unidade Gestora da Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde e das unidades gestoras criadas junto às áreas técnicas do Ministério da Saúde. Todos os recursos transitam em conta única do Fundo Nacional de Saúde em consonância com o preceito constitucional de aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por meio de fundo de saúde.

Os recursos administrados pelo FNS destinam-se a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do SUS.

Os recursos alocados junto ao FNS destinam-se ainda às transferências para os Estados, o Distrito Federal e os municípios, a fim de que esses entes federativos realizem, de forma descentralizada, ações

e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS. Essas transferências são realizadas nas seguintes modalidades: Fundo a Fundo, Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação.

Compõe a receita do FNS, 45% dos recursos do Seguro DPVAT, conforme estabelecido no Decreto N° 2.867/1998, e na Lei N° 8.212/91, visando ao atendimento a vítimas de acidentes em hospitais da rede SUS. Esses recursos são incorporados ao orçamento do FNS na funcional programática de Média e Alta Complexidade. Também compõe a receita do FNS o ressarcimento efetuado pelas operadoras de planos de saúde referente aos serviços prestados de atendimento à saúde, previstos nos contratos dos consumidores e seus respectivos dependentes realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS, em conformidade com a Lei N° 9.656/98. Essa receita também é incorporada à funcional programática da Média e Alta Complexidade.

A Emenda Constitucional N° 29/2000 e a Lei Complementar N° 141/2012 que a regulamentou, dispõem que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de fundo de saúde, que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde.

O Fundo de Saúde é uma modalidade de gestão de recursos de natureza financeira e contábil. A Receita Federal do Brasil publicou a Instrução Normativa N° 1.005/2010, que dispõe sobre os procedimentos relativos ao Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). Essa instrução normativa apresenta novas codificações para os fundos públicos, e também dispõe, em seu Artigo 11, Inciso X, que os fundos públicos de natureza meramente contábil são obrigados a se inscrever no CNPJ.

A Lei Orgânica da Saúde – Lei N° 8.080/1990 – e a Lei que disciplinou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde – Lei N° 8.142/1990 – estabelecem que Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

A Lei Nº 8.142/90 estabelece que compete ao Conselho de Saúde o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Dispõe ainda que, para receberem os recursos de que trata o Art. 3º dessa Lei, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com: (...) I -fundo de saúde.

Fortalecendo princípios emanados da legislação, os Arts. 1º e 2º do Decreto Nº 1.232/1994 estabelecem que a transferência de recursos (...) destinada à cobertura de serviços e ações de saúde fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde aprovado pelo respectivo conselho de saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no orçamento do estado, do Distrito Federal ou do município. A exigência de manutenção e operação dos fundos de saúde também se faz presente nas normas operacionais do SUS.

Objetivos:

Os recursos administrados pelo FNS destinam-se a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do SUS.

Desenvolvendo o projeto:

As transferências fundo a fundo caracterizam-se pelo repasse por meio da descentralização de recursos diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito Federal, dispensando a celebração de convênios. As transferências fundo a fundo são utilizadas nas áreas de assistência social e de saúde.

Blocos de Financiamento

A Emenda Constitucional n. 29, promulgada em 13 de setembro de 2000, assegurou o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo apórtam anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo.

Para efeito da aplicação dessa Emenda Constitucional, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo

e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei n. 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios: sejam destinadas às ações e aos serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Portaria 3.992/2017

No dia 28 de dezembro de 2017 foi publicada, em Edição Extra do Diário Oficial da União, a Portaria nº 3.992/2017. Esse normativo trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a publicação da Portaria 3.992/17, os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) passaram a ser organizados e transferidos na modalidade fundo a fundo, por meio de apenas 2 blocos:

- **Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde;**
- **Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.**

Transferência dos recursos

As transferências fundo a fundo passaram a ser feitas em conta única e específica por bloco. Com o objetivo de permitir o controle e a transparência dos repasses de recursos, foi mantida a informação dos repasses realizados por grupos de ações e serviços públicos de saúde relacionados ao nível de atenção ou área de atuação, dentro de cada bloco.

Aplicação dos recursos:

A aplicação dos recursos deverá refletir, ao final de cada exercício:

- A vinculação com a finalidade de cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União (OGU) que deu origem ao repasse;
- O estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde de cada ente federativo;
- O objeto e o compromisso pactuados nos atos normativos do SUS.

Os recursos que compõem cada bloco de financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco.

- **Bloco de Custeio:** recursos destinados à manutenção das ações e serviços públicos de saúde já implantados e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis;
- **Bloco de Investimento:** recursos destinados à estruturação e à ampliação da oferta de ações e serviços públicos de saúde (obras e equipamentos).

Monitoramento e Avaliação:

Sem prejuízo de outras formas de controle realizadas pelo Ministério da Saúde, a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deverá ser encaminhada para o Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão, que deve ser elaborado anualmente e submetido ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação.

A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo e do disposto no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro

de 1995, sempre que constatadas irregularidades, os órgãos e entidades finalísticos responsáveis pela gestão técnica das políticas de saúde e os órgãos responsáveis pelo monitoramento, regulação, controle e avaliação dessas políticas devem indicar a realização de auditoria e fiscalização específica pelo componente federal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) que, sempre que possível, deverá atuar de maneira integrada com os demais componentes.

O Relatório de Gestão, elaborado anualmente e submetido ao Conselho de Saúde, deverá comprovar:

- A conformidade na aplicação dos recursos transferidos (adequação com a finalidade da ação orçamentária);
- O cumprimento do objeto pactuado.

O Ministério da Saúde, por meio das secretarias finalísticas e órgãos de controle interno, poderá estabelecer formas complementares de monitoramento, controle e avaliação. Impactos positivos da Portaria 3.992/17.

- Gestão financeira mais flexível: os recursos financeiros repassados em conta única poderão ser remanejados pelos gestores locais, de acordo com o fluxo de pagamento;
- Durante o exercício financeiro, os recursos poderão ser utilizados na execução de quaisquer ações e serviços públicos de saúde associados ao mesmo bloco;
- Fortalecimento dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação da política de saúde;
- Substituição do atual controle focado nos saldos financeiros das contas correntes pelo controle das despesas efetuadas e do resultado da política pública de saúde;
- Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde utilizados como resultado do efetivo planejamento das ações desenvolvidas e acompanhamento pelas áreas e órgãos de controle social interno e externo;

- Aprimoramento da governança do SUS, visando a implementação de ações e serviços públicos de saúde com mais eficiência, eficácia e efetividade.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Fundo Nacional de Saúde - FNS

 136 opção 8 depois 9

 <http://portalfns.saude.gov.br/>

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Economia da Saúde-NUCONS

 3101 5187/3101 5188

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Fundo Nacional de Saúde. **Relatório de gestão 2007 do Fundo Nacional de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Fundo Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde. **A Gestão da Inovação no Fundo Nacional de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **SUS Legal: Conasems, Conass e Ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS** [internet]. Brasília, DF: Conasems; 2017.

2. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP

**SAÚDE
PRISIONAL**

Um dos problemas fundamentais para a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento, que dificulta o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva.

A consequência econômica e social dessa desconformidade implicou, por parte do Governo Federal, a elaboração e pactuação de uma política que considerasse, primariamente, o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade.

Assim, sob essa ótica, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

A PNAISP nasceu da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), quando se constatou o esgotamento deste modelo, que se mostrou restrito por não contemplar em suas ações, entre outras coisas, a totalidade do itinerário carcerário – delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e, tampouco, penitenciárias federais.

No âmbito da política, nasce, complementarmente, o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicadas à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), instituído pela Portaria GM/MS nº 94, de 14 de janeiro de 2014. O serviço tem o propósito de redirecionar os modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, de acordo com as singularidades e as necessidades de cada caso, viabilizando o acesso e a qualidade do tratamento e acompanhando da execução das medidas terapêuticas em todas as fases do processo criminal.

Destarte, essas mudanças podem ser apontadas como grande ganho na garantia e defesa dos Direitos Humanos no Brasil, em total consonância com a previsão constitucional de saúde para todos sob a responsabilidade do Estado brasileiro.

2.1 Equipes de Atenção Básica Prisional-(EABP)



Definição:

As Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP) são equipes da Atenção Básica, de composição multiprofissional, com responsabilidade exclusiva de prestar atenção básica às pessoas privadas de liberdade que se encontram no sistema prisional, de forma a integrá-las aos serviços de saúde na Rede de Atenção à Saúde, promovendo, assim, o acesso da população em privação de liberdade à atenção integral à saúde. Essas equipes deverão realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas unidades básicas de saúde às quais as Equipes de Atenção Básica Prisional estiverem vinculadas. A realização nas atividades dessas equipes dependerá da existência de estrutura de saúde das unidades e da quantidade de custodiados existentes. Essas variáveis irão determinar as modalidades da equipe, bem como suas respectivas cargas horárias, conforme detalhado a seguir.

Modalidades:

- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I (EABP-I)** (classificação CNES 50) – formada por 5 profissionais, com as mesmas categorias profissionais da Estratégia de Saúde da Família (técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal) e carga horária de 6 horas semanais.
- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I com Saúde Mental (EABP-I com Saúde Mental)** (classificação CNES 51) – formada por 8 profissionais: 5 profissionais das mesmas categorias que compõem a Estratégia de Saúde da Família, somados a 1 psiquiatra ou médico com experiência em Saúde Mental e 2 profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico ou enfermeiro. Esta modalidade de

equipe cumprirá carga horária de 6 horas semanais.

- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II (EABP-II)** (classificação CNES 52) – formada por 8 profissionais: 5 profissionais das mesmas categorias que compõem a Estratégia de Saúde da Família, somados a 1 psicólogo, 1 assistente social e 1 profissional escolhido entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá carga horária de 20 horas semanais.
- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II com Saúde Mental (EABP-II com Saúde Mental)** (classificação CNES 53) – formada por 11 profissionais: 5 profissionais das mesmas categorias que compõem a Estratégia de Saúde da Família, somados a 1 psiquiatra ou médico com experiência em Saúde Mental, 1 psicólogo, 1 assistente social e 3 profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 20 horas semanais.
- **Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo III (EABP-III)** (classificação CNES 54) – formada por 11 profissionais, sendo 5 das mesmas categorias profissionais da Estratégia de Saúde da Família, somados a 1 psiquiatra ou médico com experiência em Saúde Mental, 1 psicólogo, 1 assistente social e 3 profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 30 horas semanais.

Objetivos:

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede.

Desenvolvendo o projeto:

- a) Assinatura do Termo de Adesão à PNAISP pelo secretário Municipal de Saúde, respeitando a prévia adesão estadual à Política;
- b) Elaboração do Plano de Ação Municipal da PNAISP. Para facilitar a elaboração do plano, foi criado um formulário padronizado no FormSUS. Para ter acesso ao formulário, o gestor poderá solicitar o link à Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB/DAB/SAS/MS);
- c) Publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria que aprova a adesão do município à PNAISP;
- d) Cadastro, pelo município, da(s) Equipe(s) de Atenção Básica Prisional no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014 e a Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014;
- e) Solicitação de habilitação da(s) equipe(s) de Atenção Básica Prisional no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), em conformidade com a(s) equipe(s) anteriormente cadastrada(s) no SCNES. Disponível em: <http://saips.saude.gov.br/autenticacao>;
- f) Publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria de habilitação da(s) Equipe(s) de Atenção Básica Prisional.

Monitoramento e Avaliação:

A Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014, nos arts. 8º e 9º, dispõe sobre o monitoramento e a avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas pelas equipes de saúde prisional. O monitoramento e a avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, dos serviços, das equipes e das ações em saúde prisional são realizados por meio do cadastro dos profissionais e das equipes no CNES, bem como pela alimentação do e-SUS AB.


Além da disponibilidade desses sistemas, a política prevê, em seu delineamento, a constituição de um grupo condutor formado pelas

secretarias de saúde, secretaria de justiça ou congênere, pela Administração Prisional ou congênere e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) do respectivo estado, ao qual compete, também, a gestão dos processos de implementação, monitoramento e avaliação da política nos estados e municípios. Dessa forma, tanto o e-SUS AB quanto o grupo condutor constituem ferramentas de produção de dados e qualificação dos indicadores em saúde.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)


 (61) 3315-5905/5902

 dab@saude.gov.br

 <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP

 (85) 3101 5265

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, n. 2, Seção 1, p. 18, 3 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014**. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 63, Seção 1, p. 48, 2 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014**. Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui a tabela de tipos de equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional. Diário Oficial da União, Brasília, n. 70, Seção 1, p. 71, 11 abr. 2014.

3. Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN



A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro que, por meio de um conjunto de políticas públicas, propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e desnutrição.

Por outro lado, observa-se aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição. A completar-se dez anos de publicação da PNAN, deu-se início ao processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a consolidar-se como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde.

Em parceria com a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), do Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde conduziu um amplo e democrático processo de atualização e aprimoramento da Política, por meio de 26 Seminários Estaduais e do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN 10 anos que contaram com a presença de conselheiros estaduais e municipais; entidades da sociedade civil; entidades de trabalhadores de saúde; gestores estaduais e municipais de Alimentação e Nutrição e da Atenção Básica; conselheiros estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional; Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição vinculados a universidades e especialistas em políticas públicas de saúde e de alimentação e nutrição.

Nesta nova edição, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apresenta-se com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. Está organizada, também, em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a Atenção Básica como ordenadora das ações.

3.1 Amamenta e Alimenta Brasil – (EAAB)



Definição:

Estratégia que visa qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos, aprimorando as competências e habilidades dos profissionais de saúde da Atenção Básica e estimulando a adoção dessas ações nas atividades de rotina dos serviços de saúde. As ações são voltadas ao manejo do aleitamento materno e da alimentação complementar, tendo como base a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância e o respeito à identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) está inserida no contexto de diferentes políticas, que possuem como eixo estratégico a promoção da alimentação adequada e saudável.

Objetivos:

Tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa iniciativa é o resultado da integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que se uniram para formar essa nova estratégia, que tem como compromisso a formação de recursos humanos na atenção básica.

Desenvolvendo o projeto:

A implantação e implementação da estratégia deve realizar-se por meio de ações que visam garantir o alcance dos objetivos e a efetividade da proposta.

a) Formação de facilitadores: os facilitadores são profissionais representantes das coordenações estaduais ou municipais de alimentação e nutrição e da saúde da criança responsáveis por formar os tutores da EAAB em seus âmbitos de atuação.

b) Formação de tutores: os tutores são profissionais responsáveis por disseminar a estratégia e oferecer apoio para o fortalecimento, o planejamento, a implementação e a avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável nas UBS, bem como de outras demandas identificadas. A iniciativa deve se dar de forma contínua, com base nos princípios da educação crítico-reflexiva. A formação de tutores deverá contar com o apoio institucional previsto pelo nível local e/ou estadual;

c) Realização de oficinas de trabalho nas UBS: têm por objetivo discutir, juntamente com as equipes de Atenção Básica, a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no contexto do processo de trabalho das UBS; incentivar a pactuação de ações para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, de acordo com a realidade local; e estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação. Essas oficinas são realizadas com o apoio do tutor da EAAB.

d) Acompanhamento nas UBS: após a realização da primeira oficina de trabalho na UBS, o tutor ficará responsável por apoiar a(s) equipe(s) de Atenção Básica, de pelo menos uma UBS, na elaboração, desenvolvimento e execução de um plano de ação para fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Para isso, propõe-se que os tutores realizem, de acordo com a realidade local, outras oficinas de trabalho na UBS e/ou atividades complementares;

e) Monitoramento: o monitoramento tem como objetivo acompanhar de forma periódica e permanente o processo de implementação da estratégia e redirecionar as ações propostas para atender e superar as metas preestabelecidas. Será realizado por dois sistemas: o Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção

Básica.

Monitoramento e Avaliação:

Certificação: as equipes de Atenção Básica que implementarem a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil poderão ser certificadas caso cumpram os critérios preestabelecidos: 1) desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável;

2) monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar;

3) dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável;

4) cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265/2006 e não distribuir “substitutos” do leite materno na UBS;

5) contar com a participação de pelo menos 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e

6) cumprir pelo menos uma ação ao aleitamento materno e uma de alimentação complementar saudável pactuadas no plano de ação.

A certificação poderá acontecer de duas formas:

1) para as equipes de Atenção Básica que fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB); e


2) para as equipes de Atenção Básica que não fazem parte do PMAQAB. Para avaliação do cumprimento dos critérios para a certificação, serão utilizados como fontes de informação: os padrões de qualidade da autoavaliação e da avaliação externa PMAQ-AB (apenas para equipes PMAQ-AB); o Sistema de Gerenciamento da Estratégia; e o Sistema de

Informação da Atenção Básica vigente.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)


 (61) 3315-9036

 cgan@saude.gov.br ou amamentaalimenta@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção a Saúde da Mulher, Adolescente e Criança-NUSMAC

 (85) 3101 5282

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, n. 173, Seção 1, p. 64-65, 6 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.941, de 12 de setembro de 2014**. Altera os anexos da Portaria nº 1.738/GM/MS, de 19 de agosto de 2013, que estabelece incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e autoriza a transferência de recursos referente ao exercício financeiro de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, n. 177, Seção 1, p. 38-40, 15 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõem sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 162, Seção 1, p. 34, 22 ago. 2007.

3.2 Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil – (NutriSUS)



Definição:

Considerando as evidências e o impacto positivo da fortificação com múltiplos micronutrientes na redução da anemia e outras carências nutricionais específicas e a participação no pleno desenvolvimento infantil, em 2014, foi iniciada, em uma parceria dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó (NutriSUS), que consiste na adição direta de micronutrientes em pó aos alimentos que a criança, com idade entre 6 e 48 meses irá consumir em uma de suas refeições diárias oferecidas nas creches vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE).

A intervenção consiste em duas etapas ou ciclos: administração de 1 sachê/dia (até completar 60 sachês); e pausa da administração por 3 a 4 meses. É imprescindível que a ação seja adaptada ao calendário escolar da creche para que não haja interrupção. Para implantação da estratégia NutriSUS, foi necessária adesão dos gestores à ação no processo anual de pactuação do PSE. A ação foi inserida no Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e Doenças.

Lançada oficialmente em março de 2015, pelo Ministério da Saúde, a Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS consiste na adição direta de nutrientes à alimentação oferecida às crianças de 6 meses a 3 anos e 11 meses em creches.

A ação já vem sendo implantada em diversos municípios brasileiros e nasceu a partir da prioridade de cuidado integral à saúde das crianças de zero a seis anos estabelecida pela Ação Brasil Carinhoso, componente do Plano Brasil Sem Miséria.

Objetivos:

Objetivo é a promoção de ações que visam garantir as melhores condições para proporcionar o pleno desenvolvimento dos educandos, além do incentivo ao desenvolvimento de hábitos mais saudáveis e como também potencializar o pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle da anemia e outras carências nutricionais específicas na infância.

Desenvolvendo o projeto:

a) Articulação dos Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais (GTI-M) do PSE com as áreas envolvidas (Alimentação e Nutrição, Atenção Básica, Saúde da Criança, Assistência Farmacêutica, Responsável técnico da PNAE, Educação Infantil etc.);

b) Definição pelo GTI-M do período de intervenção nas creches aderidas, fluxo de distribuição dos sachês, período de intervenção etc;

c) Capacitação das equipes de Atenção Básica e Educação envolvidas;

d) Orientação aos pais sobre a importância da fortificação da alimentação infantil para o preenchimento do Termo de Consentimento e registro na Caderneta de Saúde da Criança a suplementação com os sachês;

e) Os suplementos serão armazenados na central de medicamentos/almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde ou nas unidades básicas de saúde de referência para execução nos estabelecimentos de ensino. Devem ser distribuídos gradualmente, conforme a demanda de uso nas creches partícipes da ação, sob supervisão e acompanhamento das equipes de Atenção Básica vinculadas às creches;

f) A distribuição dos sachês às crianças da creche deve ser oferecida junto a qualquer uma das refeições do dia e não requer mudança de prática/rotina de preparação das refeições. Assim, o suplemento deve ser misturado, exclusivamente, aos alimentos prontos para o consumo, ou seja, diretamente no prato em que a criança vai comer a refeição;

g) A distribuição dos sachês às crianças nas creches deve ser registrada na Ficha de Controle de Distribuição dos Suplementos (modelo disponível no Manual Operacional);


Monitoramento e Avaliação:


O monitoramento da estratégia de fortificação com sachês de micronutrientes em pó será realizado da mesma maneira que as demais ações do Componente II, no momento da avaliação anual do PSE e pelo sistema e-Gestor na aba de programa do NUTRISUS. O controle de estoque dos sachês segue a lógica da assistência farmacêutica no município e deve ser realizado da mesma maneira que o controle dos outros insumos sob responsabilidade das equipes de Atenção Básica.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)


 (61) 3315-9024/9011

 nutrisus@saude.gov

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção a Saúde da Mulher, Adolescente e Criança-NUSMAC

 (85) 3101 5282

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **NutrisUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: manual operacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

3.3 Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais



Definição:

O Brasil tem vivenciado uma peculiar e rápida transição nutricional: de um país que apresentava altas taxas de desnutrição, na década de 1970, passou a ser um país com metade da população adulta com excesso de peso, em 2008.

No entanto, os avanços são desiguais. Ainda persistem altas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população, como entre as crianças indígenas, quilombolas, residentes na região norte do País e aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda, afetando principalmente crianças e mulheres que vivem em bolsões de pobreza.

A melhoria ao acesso à saúde e à renda da população deveria ter impactado no avanço dos indicadores relativos à deficiência de micronutrientes, mas as pesquisas apontam a persistência das deficiências de ferro e vitamina A. Também se observa o ressurgimento de casos de Beribéri (deficiência de vitamina B1 ou tiamina) em alguns Estados brasileiros e o desajuste do consumo de iodo por adultos, proveniente do consumo excessivo do sal de cozinha iodado.

Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como em vários países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade – é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias.

Além dos agravos nutricionais mencionados acima, a PNAN também reconhece as necessidades alimentares especiais como demanda

para a atenção nutricional no SUS, referidas na política como sendo as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). Dessa forma, são exemplos: erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/aids, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias, entre outros.

Objetivos:

A PNaN tem como objetivo reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

Desenvolvendo o projeto:

A elaboração de fluxos e procedimentos para o acolhimento adequado às demandas espontâneas e aos casos identificados por busca ativa, no âmbito da atenção básica e em articulação com os demais pontos de atenção, que contemplem a identificação das causas, avaliação e classificação do risco, estabelecimento de Projeto Terapêutico Singular e de articulação com outros setores e políticas sociais, é fundamental para o cuidado integral e resolutivo dessa população vulnerável.

Além disso, outras ações já comprovadas e fundamentais para prevenção e controle da desnutrição, apoiadas pela CGAN/MS e que podem ser implantadas e incorporadas aos fluxos e procedimentos estabelecidos para a atenção às crianças desnutridas em seu município, incluem:

- A promoção ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e da alimentação complementar saudável, com continuidade do aleitamento materno até os 2 anos, fortalecida pela Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil;
- A prevenção de deficiências nutricionais específicas, com a Suplementação de Ferro e Ácido Fólico e Vitamina A;

- O acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos, com a utilização do SISVAN, com especial atenção às crianças pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família;
- A promoção e implantação de ações intersetoriais, por meio da Articulação Intersetorial, tendo em vista a determinação multifatorial da desnutrição.


Monitoramento e Avaliação:

Todas as ações de Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais são alimentados por sistemas específicos encontrados no e-gestor micronutrientes (Vitamina A, Nutrisus, Ferro) e outros são pelo e-SUS AB e Bolsa Família.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)


 (61) 3315-9024/9011

 cgan@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção a Saúde da Mulher, Adolescente e Criança-NUSMAC

 (85) 3101 5282

Publicações:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Módulo gerador de relatórios do SISVAN Web. Estado Nutricional dos Indivíduos Acompanhados. 2011.

3.4 Programa Bolsa Família – (PBF)



Definição:

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda com condicionalidades, destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, no qual o recebimento do benefício está vinculado ao cumprimento de compromissos assumidos pelas famílias e pelo poder público nas áreas de saúde, educação e assistência social.

As condicionalidades de saúde do PBF – que compreendem o acompanhamento da imunização, do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 7 anos e a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério – reforçam o direito à saúde das famílias beneficiárias e auxiliam na ruptura do ciclo intergeracional de pobreza. Assim, propicia-se o combate à pobreza futura por meio do investimento no desenvolvimento de capital humano.

O SUS tem entre seus compromissos a redução das desigualdades sociais e a atenção básica à saúde representa a principal porta de entrada do cidadão aos serviços de saúde e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Desse modo, o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF insere-se no rol das atividades da Atenção Básica, proporcionando o olhar para a condição de saúde da unidade familiar. O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF permite identificar as beneficiárias gestantes elegíveis a receber o Benefício Variável à Gestante (BVG), concedido no âmbito do PBF.

Assim, a responsabilidade do SUS junto às famílias do PBF se intensifica. Além disso, esse benefício oportuniza a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço de saúde para a realização do pré-natal, considerando que, quanto antes for informada a ocorrência da

gestação, mais cedo a família poderá receber o benefício. O registro das informações coletadas é realizado no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, disponível em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/>

Objetivos:

Combater a fome e incentivar a segurança alimentar e nutricional; promover o acesso das famílias carentes à rede de serviços públicos como educação e saúde; apoiar o desenvolvimento de famílias pobres e em situação de extrema pobreza; combater a pobreza e desigualdade; união dos diversos órgãos públicos para auxiliar famílias pobres a superarem essa condição.

Desenvolvendo o projeto:

Como realizar o acompanhamento das ações da saúde dos beneficiários do Programa Bolsa-Família:

- a) Acessar o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde: no portal do Departamento de Atenção Básica (<http://dab.saude.gov.br/>), no menu “Ações, programas e estratégias”, selecionar o item “Bolsa Família”; ou no link do Datasus: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br>.
- b) Clicar na opção: “Acesso Restrito” e digitar usuário e senha.
- c) Clicar na opção “Mapa de Acompanhamento” e selecionar a opção mais adequada à rotina de trabalho do município para impressão da relação de famílias a serem acompanhadas pela saúde.
- d) Clicar em “Pesquisar”, para gerar um Mapa de Acompanhamento, com endereço, nome e NIS do responsável e dos membros da família que devem ser acompanhados pelo SUS.
- e) Realizar atendimento/visita às famílias beneficiárias com perfil saúde e preencher os dados no “Mapa de Acompanhamento”.
- f) Para registro do acompanhamento, clicar na opção “Acompanhamento”, digitar o NIS do beneficiário e, em seguida, clicar no item “Pesquisar”. O sistema disponibilizará o “Formulário de Inclusão e Alteração de

Acompanhamento”, que permitirá a inserção das informações de acompanhamento da família selecionada.

g) Após a digitação dos dados do acompanhamento, clicar em “Confirmar”.

h) Os registros de acompanhamento dos beneficiários devem ser enviados semestralmente. A primeira vigência vai de fevereiro a junho e a segunda vigência de agosto a dezembro.

Monitoramento e Avaliação:

a) Alimentar semestralmente o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, conforme calendário de vigência previsto.


b) Indicador “Percentual de famílias com perfil de saúde beneficiárias do programa acompanhadas pela Atenção Básica”: foi assumido pelo SUS, no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública (Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011).

c) Indicador “Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família” incluído no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)


 (61) 3315-9024/9011

 cgan@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção a Saúde da Mulher, Adolescente e Criança-NUSMAC

 (85) 3101 5282

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientações sobre o Bolsa-Família na saúde**. 3. ed. Brasília, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa-Família: manual para os agentes comunitários de saúde**. Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

3.5 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A



Definição:

O programa consiste na suplementação preventiva com megadoses de vitamina A de 100.000 UI às crianças de 6 a 11 meses e com megadoses de vitamina A de 200.000 UI às crianças de 12 a 59 meses e às puérperas. Essa vitamina é essencial às funções ligadas ao sistema visual, crescimento e sistema imune, reduzindo a gravidade das infecções e, por consequência, promovendo a recuperação mais rápida de diarreias.

A reserva adequada de vitamina A reduz em 24% a mortalidade infantil, 28% da mortalidade por diarreia e 45% da mortalidade por todas as causas em crianças HIV positivo. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (PNDS) de 2006, a prevalência de deficiência dessa vitamina é de 17,4% em crianças menores de cinco anos e de 12,3% em mulheres em idade fértil.

O Ministério da Saúde adquire os suplementos de vitamina A de forma centralizada e encaminha a todos os estados, que, por sua vez, são responsáveis pela distribuição aos municípios.

A distribuição é realizada de forma universal e gratuita nas unidades de saúde que conformam a rede do SUS. O público assistido deve ser orientado acerca de uma alimentação saudável e sobre a importância do consumo de alimentos fontes de vitamina A. Em 2012, com o lançamento da ação do Brasil Carinhoso, o programa foi ampliado para 100% dos municípios da região Norte e para os municípios do Plano Brasil Sem Miséria pertencentes as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Objetivos:

No Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar).

Desenvolvendo o projeto:

- a) Todas as crianças com idade entre 6 e 59 meses devem receber os suplementos de vitamina;
- b) Deve-se verificar na Caderneta de Saúde da Criança o registro da distribuição do suplemento e, caso a criança não tenha recebido, providenciar prontamente a vitamina;
- c) As equipes de saúde devem identificar e acompanhar o público assistido no programa. Cada município deverá adotar sua estratégia para a identificação da população que será atendida e rotineiramente acompanhada, podendo ser: por demanda espontânea nas unidades de saúde (identificação durante as consultas regulares do crescimento e desenvolvimento infantil e do pré-natal); por busca ativa, realizada por meio dos agentes comunitários de saúde e equipe de Saúde da Família; em campanhas de vacinação e em maternidades; por meio da indicação de parceiros que atuam na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais em nível local, por exemplo, os líderes da Pastoral da Criança, entre outros;
- d) Os suplementos de vitamina A devem estar disponíveis em todas as unidades básicas de saúde do município. Deve-se observar o estoque para evitar o desabastecimento;

Monitoramento e Avaliação:


O registro da suplementação com vitamina A na Caderneta de Saúde da Criança e nos formulários de monitoramento do programa é etapa importante a ser observada. O monitoramento deve ser realizado pelo Sistema de Gestão do Programa Nacional de Suplementação de


Vitamina A, disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/vitaminaA/login>

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)


 (61) 3315-9024/9011

 nutrisus@saude.gov

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção a Saúde da Mulher, Adolescente e Criança-NUSMAC

 (85) 3101 5282

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 729/GM, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

3.6 Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável – (PAAS)



Definição:

A promoção da saúde consiste num conjunto de estratégias focadas na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades. Pode se materializar por meio de políticas, estratégias, ações e intervenções no meio com objetivo de atuar sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde residem, estudam, trabalham, entre outros. As ações de promoção da saúde são potencializadas por meio da articulação dos diferentes setores da saúde, além da articulação com outros setores. Essas articulações promovem a efetividade e sustentabilidade das ações ao longo do tempo, melhorando as condições de saúde das populações e dos territórios

A PAAS corresponde a uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), insere-se como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e tem como enfoque prioritário a realização de um direito humano básico, que proporcione a realização de práticas alimentares apropriadas dos pontos de vista biológico e sociocultural, bem como o uso sustentável do meio ambiente.

Considerando-se que o alimento tem funções que transcendem ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados, a garantia de uma alimentação adequada e saudável deve contemplar o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que valorizem a produção e o consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, livre de contaminantes, bem como os padrões alimentares mais variados em todos os ciclos de vida.

Diferentes estratégias têm sido pensadas no sentido de estimular a autonomia dos indivíduos para a realização de escolhas e de favorecer a adoção de práticas alimentares (e de vida) saudáveis. Nesse sentido, as ações de PAAS fundamentam-se nas dimensões de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e devem combinar iniciativas focadas em:

- Políticas públicas;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde nos quais o indivíduo e comunidade possam exercer o comportamento saudável;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes;
- Reorientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde.

Objetivos:

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) tem por objetivo apoiar Estados e municípios brasileiros no desenvolvimento da promoção e proteção à saúde da população, possibilitando um pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Além disso, reflete a preocupação com a prevenção e com o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição como a prevenção das carências nutricionais específicas, desnutrição e contribui para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, além de contemplar necessidades alimentares especiais tais como doença falciforme, hipertensão, diabetes, câncer, doença celíaca, entre outras.

Desenvolvendo o projeto:

O município deve:

- a) Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- b) Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais;

- c) Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política de Promoção da Saúde;
- d) Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, implementação, articulação e monitoramento, e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias de municipais de saúde;
- e) Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;
- f) Participação efetiva nas iniciativas dos gestores federal e estadual no que diz respeito à execução das ações locais de promoção da saúde e à produção de dados e informações fidedignas que qualifiquem a pesquisas nessa área;
- g) Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/ implementação da Política;
- h) Implantar estruturas adequadas para monitoramento e avaliação das iniciativas de promoção da saúde;
- i) Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais;
- j) Viabilizar linha de financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito municipal;
- k) Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde;
- l) Realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica;
- m) Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;

- n) Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;
- o) Ênfase ao planejamento participativo envolvendo todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil, no qual os determinantes e condicionantes da saúde sejam instrumentos para formulação das ações de intervenção;
- p) Reforço da ação comunitária, por meio do respeito às diversas identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório;
- q) Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;
- r) Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde; e
- s) Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.


Monitoramento e Avaliação:

Será realizada pelas ações do PSE e pela alimentação do e-SUS através do modulo de atividades coletivas e marcador nutricional.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)


 (61) 3315-9024/9011

 cgan@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção a Saúde da Mulher, Adolescente e Criança-NUSMAC

 (85) 3101 5282

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. **Instrutivo : metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica**. / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.



3.7 Vigilância Alimentar e Nutricional – (VAN)

Definição:

Avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes compõe a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Recomenda-se que nos serviços de saúde seja realizada avaliação de consumo alimentar e antropometria de indivíduos de todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) e que estas observações possam ser avaliadas de forma integrada com informações provenientes de outras fontes de informação, como pesquisas, inquéritos e outros Sistemas de Informações em Saúde (SIS) disponíveis no SUS.

Para exercer a Vigilância Alimentar e Nutricional ampliada é importante a adoção de diferentes estratégias de vigilância epidemiológica, como inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, produção científica, com destaque para a VAN nos serviços de saúde. Estas estratégias juntas irão produzir um conjunto de indicadores de saúde e nutrição que deverão orientar a formulação de políticas públicas e também das ações locais de atenção nutricional.

Objetivos:

Esta ação tem como objetivo subsidiar a organização e avaliação da atenção nutricional e de ações de promoção da saúde no SUS, garantindo aos gestores e profissionais de saúde do município, às secretarias estaduais de Saúde e ao Ministério da Saúde informações qualificadas para auxiliar a tomada de decisão, contribuindo para qualificação do cuidado na Atenção Básica (AB). Também objetiva auxiliar o controle, a participação social e o diagnóstico da situação de segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios. A VAN deve oferecer subsídios para o planejamento e a execução de medidas para melhoria da situação

alimentar e nutricional de indivíduos e coletividades (seja no atendimento na UBS ou em domicílio, em ações de cuidado à saúde em outros espaços do território e ações de âmbito regional, estadual ou nacional).

Desenvolvendo o projeto:

a) Garantir ambiência, equipamentos e instrumentos para coleta de dados e registro de informações adequados.

b) Entre os aspectos da infraestrutura, destacam-se a necessidade de local apropriado para a realização da avaliação antropométrica e de marcadores do consumo alimentar na UBS (tal como a sala de procedimentos ou de pré-consulta ou os próprios consultórios de atendimento).

c) Independentemente do local definido, este deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, garantindo a privacidade para profissionais de saúde e usuários. Esses aspectos também devem ser observados para a prática da VAN nos polos do Academia da Saúde. Destaca-se, ainda, a necessidade de equipamentos antropométricos adequados a cada realidade, ou seja, a escolha dos equipamentos alocados em um local fixo, como por exemplo, a UBS ou polo do Academia da Saúde, ou aqueles indicados para atividades externas (como a avaliação antropométrica nos domicílios, nas escolas ou outros espaços do território). Além das especificações técnicas, deverão ser consideradas, quando necessário, as características de portabilidade que auxiliem o transporte e a necessidade de utilização de fonte de energia, como pilhas, baterias, entre outros, assim como os devidos cuidados com manutenção e calibração dos equipamentos.

d) Outro aspecto importante refere-se à disponibilização de quantitativo suficiente de cadernetas de acompanhamento da saúde e formulários de informação vigentes (e-SUS AB, Sisvan Web ou outro instrumento utilizado pela equipe de AB para registro dos dados) de acordo com a população adstrita ao serviço, b) Organizar a prática da VAN no processo de trabalho das equipes.

e) O exercício da VAN deve ser contínuo e sistemático. Para tanto, é necessário reconhecer, incluir e qualificar no processo de trabalho

das equipes de Atenção Básica as etapas do Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado, conforme detalhado a seguir.

- Coleta e registro dos dados antropométricos e de consumo alimentar: podem ser realizados como procedimento pré-consulta, durante a consulta, em atividade do PSE, em atendimento domiciliar, entre outros momentos de atenção à demanda espontânea ou programada na UBS e outros espaços do território. A coleta deve seguir as recomendações e instrumentos padronizados pelo Ministério da Saúde e o registro deve ser feito em instrumentos das equipes de AB e dos usuários (como prontuários, formulários de informação vigentes e cadernetas de saúde), bem como no sistema de informação vigente (e-SUS AB, Sisvan Web, sistema de informação próprio).
- Análise e decisão: análise dos dados coletados e classificação do estado nutricional, de acordo com os parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde para cada fase do curso da vida, bem como identificação de fatores de risco e proteção à saúde com base nos marcadores de consumo alimentar, além de definição da melhor oferta de cuidado de acordo com o diagnóstico estabelecido. Esta etapa pode ocorrer no âmbito individual ou coletivo; Ação e avaliação: oferta do cuidado necessário de acordo com a situação alimentar e nutricional do indivíduo que está em atendimento e posterior avaliação dos resultados. Esta etapa pode ocorrer no âmbito individual ou coletivo. Vale ressaltar que gestores e profissionais de saúde devem se organizar para garantir a educação permanente reconhecendo que o exercício da VAN dependerá da contínua revisão de práticas, portanto, não se esgota na realização de único momento de formação. A prática da VAN está inserida em padrões de qualidade do PMAQ-AB e PMAQ-NASE.

Monitoramento e Avaliação:


Utilizar os relatórios consolidados de avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar da população para planejamento, monitoramento e avaliação de ações, programas e estratégias de atenção à saúde. Os dados referentes ao estado nutricional (peso e estatura) e consumo alimentar realizados pelos municípios são públicos, e a totalidade

de registros dos dados forma uma base de dados municipal, estadual e nacional do Sisvan Web. Os relatórios consolidados estão disponíveis no portal do DAB e podem ser agrupados a partir do nível das unidades de saúde até em dados nacionais por fases do curso da vida.

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)


 (61) 3315-9021/9022

 sisvan@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção a Saúde da Mulher, Adolescente e Criança-NUSMAC

 (85) 3101 5282

Publicações:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.246, de 18 de outubro de 2004**. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília, n. 202, Seção 1, p. 28-29, 20 out. 2004.

4 Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB



**BRASIL
SORRIDENTE**

As diretrizes aqui apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário. Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutive.

É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades. Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais quanto para os usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal. Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento.

A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de

trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de 3 laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas.

Em conseqüência, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras. No âmbito da assistência essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção.

4.1 Brasil Sorridente



Definição:

O Brasil Sorridente da Política Nacional de Saúde Bucal, é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil. De modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

As principais linhas de ação do programa são:

1. Reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;
2. Ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Na Atenção Especializada encontra-se também a Assistência Hospitalar.

O Brasil Sorridente contempla ainda o Brasil Sorridente Indígena e apresenta interface com outras ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o que ajuda a compreender seu alcance. Saiba mais sobre as ações em Saúde Bucal nas seguintes ações do governo federal: Programa Saúde na Escola, Brasil sem Miséria, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, Qualificação Profissional e Científica e Fluoretação das Águas de Abastecimento Público.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal – eSB – na Estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da atenção especializada

(especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Também, o Brasil Sorridente articula outras ações intraministeriais e interministeriais.

Objetivos:

Tem o objetivo de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo ações em Saúde Bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desenvolvendo o projeto:

Equipe de Saúde Bucal

O gestor municipal interessado em implantar a eSB deverá apresentar proposta ao Conselho Municipal de Saúde e, se aprovada, encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo Estado, indicando se o pleito é para eSBS-Mod. I ou eSBS-Mod. II. Caberá às CIBs encaminhar solicitação de credenciamento das eSB ao Ministério da Saúde para apreciação e publicação em portaria específica.

Centro de Especialidades Odontológicas

O gestor municipal interessado em implantar um CEO deverá apresentar sua proposta ao Conselho Municipal de Saúde e, se aprovada, encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo Estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo 1 (com três cadeiras), CEO Tipo 2 (com quatro a seis cadeiras) ou CEO Tipo 3 (com sete ou mais cadeiras). Caberá às CIBs solicitarem o credenciamento dos CEOs ao Ministério da Saúde para apreciação e formalização em portaria específica.

Após publicação da Portaria de recursos financeiros destinados à

implantação dos serviços especializados de saúde bucal ? CEO, dentro do tempo limite de 03 (três) meses, o gestor deverá enviar para a Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS documentos devidamente preenchidos, carimbados e assinados pelo gestor Distrital, Estadual ou Municipal para habilitação do CEO (receber custeio mensal).

Laboratório Regional de Prótese Dentária

O gestor municipal/estadual interessado em credenciar um ou mais LRPD deve acessar o sistema de Credenciamento de LRPD disponível no site da Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>.

A proposta não passa pela aprovação da CIB e não há restrição quanto à natureza jurídica desse laboratório, ou seja, o gestor municipal/estadual pode contratar a prestação deste serviço.


Monitoramento e Avaliação:

Equipes implantadas, credenciadas e atuantes. E toda produção deve ser inserida no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é utilizado pelos municípios como instrumento de gestão e monitoramento das ações da ESB através do CDS ou PEC. Foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Saúde Bucal - CGSB

 (61) 3315-9056 / 3315-9145

 cosab@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção à Saúde Bucal-NUASB

 3101 5206/3101 5230

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.372/GM, de 7 de outubro de 2009**. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

4.2 Equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica – (ESB)



Definição:

A Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Existem dois tipos de modalidades: Modalidade I (dois profissionais): cirurgião-dentista + auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal; e a Modalidade II (três profissionais): cirurgião-dentista + técnico em saúde bucal + auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal.

Objetivos:

Ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas pelo ESF, respeitando os seus princípios organizativos e operacionais, estimulando desta forma a reorganização da Saúde Bucal na atenção básica.

Desenvolvendo o projeto:

Antes de tudo o município deverá possuir equipe de Saúde da Família implantada, bem como materiais e equipamentos adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Primária à Saúde. Todos os profissionais da equipe

multiprofissional deverão realizar jornada de trabalho de 40 horas semanais, obrigatoriamente, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O gestor municipal interessado em implantar a eSB deverá elaborar proposta que contemple minimamente os seguintes elementos:

- 1) área geográfica a ser coberta com estimativa da população residente;
- 2) descrição da estrutura mínima com que contarão as unidades de saúde onde atuarão as eSB;
- 3) definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelas eSB;
- 4) proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços odontológicos de maior complexidade;
- 5) definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e utilização dos sistemas nacionais de informação;
- 6) descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da eSB;
- 7) O gestor municipal deverá apresentar a proposta ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação;
- 8) Após aprovada, encaminhar a proposta à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo estado, indicando se o pleito é para ESBSF-M1 ou ESBSF-M2,
- 9) A CIB encaminha solicitação de credenciamento das ESBSF ao Ministério da Saúde para apreciação e publicação em portaria específica.

Passo a passo para a implantação:

Passo 1: verificar se existe teto do Ministério da Saúde (MS) para a implantação ou ampliação de equipe(s) com recebimento de incentivos. Para cálculo de teto, utilizam-se as seguintes fórmulas: população/2400 será o número máximo de ESBS do município;

Passo 2: o município submete o projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Passo 3: encaminhar à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) solicitação de credenciamento de equipes. Anexar os seguintes documentos:

- Ofício assinado e carimbado pelo Secretário Municipal de Saúde solicitando o credenciamento e a implantação da(s) equipe(s);
- Projeto de implantação, de acordo com o Anexo II da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com o cronograma de implantação da(s) equipe(s);
- Ata do Conselho Municipal de Saúde (CMS), contendo o número de equipes, área de abrangência e número de pessoas a serem atendidas:

Situação 1 – Ata com ciência do CMS para municípios com Plano Municipal de Saúde já aprovado pelo CMS, com cópia das páginas que contenham as informações referentes à previsão de implantação de equipes de ESBSF.

Situação 2 – Ata com aprovação do CMS para municípios que não tenham o Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS, ou que o mesmo não contenha informações referentes à implantação dessa(s) equipe(s).

Passo 4: após parecer favorável da CRS e aprovação na CIB, acompanhar publicação de credenciamento no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

Passo 5: o município deve cadastrar os profissionais da equipe no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme define a Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006.

O município começa a receber os recursos referentes ao número de ESBSF implantadas e informadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, mas para manutenção dos recursos é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais

Monitoramento e Avaliação:

E toda produção deve ser inserida no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é utilizado pelos municípios como instrumento de gestão e monitoramento das ações da ESB através do CDS ou PEC. Foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Saúde Bucal - CGSB

 (61) 3315-9056 / 3315-9145

 cosab@saude.gov.br

 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção à Saúde Bucal-NUASB

 3101 5206/3101 5230

 <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 90, de 17 de janeiro de 2008**. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de equipes de Saúde da Família, modalidade I, e de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, n. 13, Seção 1, p. 97-101, 18 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 822, de 17 de abril de 2006**. Altera critérios para definição de modalidades das eSF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, n. 74, Seção 1, p. 98-110, 18 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 978, de 16 de maio de 2012**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, n. 95, Seção 1, p. 73, 17 maio 2012.

4.3 Laboratório Regional de Prótese Dentária – (LRPD)



Definição:

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, tem promovido a reorganização das práticas e da rede de Atenção à Saúde, ampliação e qualificação do acesso aos serviços de Atenção Básica em Saúde Bucal, principalmente por meio das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, e da Atenção Especializada em Saúde Bucal, através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), pautando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os LRPD visam suprir uma grande necessidade da população brasileira, que é a reabilitação oral protética. Até 2003, nenhuma política de saúde pública havia proporcionado esse tipo de atendimento, porém, com a criação do Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma das principais metas da Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal. A Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012, visando ampliar o número de Laboratórios e a oferta de próteses dentárias, aumenta o repasse financeiro federal para este fim.

Objetivos:

Tem como objetivo consolidar a atenção secundária à saúde em odontologia, principalmente no que se refere à reabilitação através de próteses dentárias.

Desenvolvendo o projeto:

A portaria nº GM/MS 2.373 altera o sistema de credenciamento do LRPD. Os municípios, com qualquer base populacional, podem cadastrar laboratórios e não há restrição quanto à natureza jurídica

desses laboratórios, ou seja, o gestor municipal/estadual pode contratar a prestação do serviço.

O gestor interessado em cadastrar ou contratar um ou mais LRPD deve encaminhar a proposta por meio de ofício à Coordenação Nacional de Saúde Bucal – Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Atenção à Saúde contendo: a) identificação do Município ou do Estado pleiteante e do Estabelecimento de Saúde, devidamente registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT (estabelecimento 39), subtipo Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD (39.03). b) identificação da área de abrangência do serviço que irá ser ofertado, indicando qual Município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta; c) descrição dos procedimentos que serão ofertados; e d) emissão de documento, pelo gestor, informando a capacidade de produção, por mês, do estabelecimento a ser credenciado/contratado.

Monitoramento e Avaliação:

Esta produção será acompanhada de acordo com as informações prestadas pelos municípios através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Por isso é importante que o gestor faça a alimentação dos dados no sistema. Serão feitas avaliações trimestrais destes dados para redefinir a distribuição dos recursos. Atenção Primária à Saúde. Todos os profissionais da equipe

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)



(61) 3315-5905



dab@saude.gov.br



http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção à Saúde Bucal-NUASB



3101 5206/3101 5230



<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.374/GM, de 7 de outubro de 2009**. Altera os valores dos procedimentos da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 9 out. 2009, p. 112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 211/ SAS, de 13 de maio de 2011**. Altera os valores dos procedimentos da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, conforme a tabela disposta neste ato. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011, p. 73.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 27/SAS, de 13 de janeiro de 2012**. Inclui na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES, no Serviço de código 157 – Serviço de laboratório de prótese dentária, Classificação – Laboratório Regional de Prótese Dentária, o Grupo 002 e CBO dentro da família de CBO 2232. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 16 jan. 2012, p. 41.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.825/GM, de 24 de agosto de 2012**. Altera o valor dos procedimentos de prótese dentária na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estabelece recursos anuais a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos

Estados, municípios e Distrito Federal para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 28 ago. 2012, p. 26.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.127/SAS, de 8 de outubro de 2012**. Altera a Regra Contratual 71.16 da Tabela de Regras Contratuais do SCNES. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 9 out. 2012, p. 31.

5. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares PNPIC



PNPIC

No cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde e de estabelecimento de políticas para garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural.

Esta política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia. As experiências levadas a cabo na rede pública estadual e municipal, devido à ausência de diretrizes específicas, têm ocorrido de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação. A partir das experiências existentes, esta política nacional define as abordagens da PNPIC no SUS, levando em conta também a crescente legitimação destas por parte da sociedade.

Um reflexo desse processo é a demanda pela sua efetiva incorporação ao SUS, conforme atestam as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde; da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003, a qual enfatizou a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos; e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004.

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Nesse sentido, o desenvolvimento desta política deve ser entendido como mais um passo no processo de implantação do SUS.

Considerando o indivíduo na sua dimensão global sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos têm demonstrado que tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, aumentando, assim, o exercício da cidadania.

De outra parte, a busca pela ampliação da oferta de ações de saúde tem, na implantação ou implementação da PNPIC no SUS, a abertura de possibilidades de acesso a serviços antes restritos à prática de cunho privado. A melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens configuram, desse modo, prioridades do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS. Esta Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares busca, portanto, concretizar tais prioridades, imprimindo-lhes a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde no Brasil.

5.1 Práticas Integrativas e Complementares – (PICs)



Definição:

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) contemplam sistemas e recursos terapêuticos, com objetivo de ampliar a resolubilidade da atenção a partir de diferentes abordagens e opções terapêuticas de cuidado. Assim, as PICs podem ser utilizadas de forma complementar ou como terapêutica principal de acordo com projeto terapêutico, contribuindo no cuidado, promoção da saúde, inserção social, redução do consumo de medicamentos, aumento da autoestima e melhoria da qualidade de vida.

Objetivos:

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares tem como objetivos:

1. Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
2. Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
3. Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades e;
4. Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das

políticas de saúde.

Desenvolvendo o projeto:

Sempre que um novo serviço de PICs é iniciado no município, é necessário o cadastro do estabelecimento no SCNES, seguindo-se os passos a seguir.

1) Se o serviço for implantado em um estabelecimento de saúde ainda não cadastrado no CNES: a) No caso de novos estabelecimentos, o primeiro passo é o cadastro no CNES. Esse procedimento já é de conhecimento da equipe responsável pelo CNES nos municípios/estados.

2) Se o serviço for implantado em um estabelecimento de saúde já cadastrado no CNES, o gestor deverá proceder conforme detalhado a seguir.

a) Acessar o estabelecimento na base local do CNES, no módulo conjunto, e, na aba “Serviços Especializados”, incluir o serviço 134 – Práticas Integrativas e Complementares. Selecionar uma ou mais da(s) classificação(ões) existente(s): (1) Acupuntura; (2) Fitoterapia; (3) Homeopatia; (4) Medicina antroposófica; (5) Outras técnicas em medicina tradicional chinesa; (6) Práticas corporais/atividade física; e (7) Termalismo/crenoterapia.

b) Com relação às “farmácias vivas” e/ou “farmácias homeopáticas”, acessar o estabelecimento na base local do CNES, no módulo conjunto, e, na aba “Serviços Especializados”, incluir o serviço 125 – Farmácia. Selecionar uma ou mais da(s) classificação(ões) existente(s): 003 – Farmácia com manipulação homeopática e/ou 007 – Farmácia viva.

c) Cadastrar os profissionais que realizarão o serviço: 2231-01 – Médico acupunturista; 2235-05 – Enfermeiro; 2212-05 – Biomédico; 2236-50 – Fisioterapeuta acupunturista; 2515-10 Psicólogo clínico/psicólogo acupunturista; e 2234-05 – Farmacêutico. Tais profissionais estão descritos nas portarias nº 154/SAS e nº 84/SAS, que estabelecem um conjunto de profissionais para cada serviço/classificação. Sem o cumprimento desse requisito, não é possível exportar dados do estabelecimento para a base nacional do CNES e, posteriormente, validar e enviar para os sistemas

de informações ambulatoriais e hospitalares. Para realizar o cadastro, é necessário acessar o sistema local do CNES e clicar na opção Cadastro Profissionais. Existe a opção de cadastramento de profissionais SUS e NÃO SUS e, no caso em questão, eles deverão ser cadastrados como profissionais SUS.

Monitoramento e Avaliação:

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) é utilizado pelos municípios como instrumento de gestão e monitoramento das ações PICs através do CDS ou PEC. Foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

+Informações

Ministério da Saúde-MS

Responsável: Coordenação-Geral de Áreas Técnicas (CGAT)



(61) 3315-9029/9034



pics@saude.gov.br



http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA/CE

Responsável: Núcleo de Atenção Primária-NUAP



3488 2135/3101 5204



<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/pagina-inicial>

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 533, de 28 de março de 2012.** Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 62, Seção 1, p. 96, 29 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 3 mai. 2006. Diário Oficial da União, Brasília, n. 84, Seção 1, p. 20, 3 maio 2006.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 318 p.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

Tribunal de Contas da União; Tribunal de Contas do Estado do Acre. **Gestão da atenção básica à saúde no Brasil : auditoria coordenada** / [Coordenação]...[et al.]. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde** /Ana Emili Figueiredo de Oliveira; Regimarina Soares Reis. –São Luís 2016.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Gestão pública em saúde: a Importância do planejamento na gestão do SUS/Célia Regina Rodrigues Gil; Isaías Cantóia Luiz; Maria Cristina Rodrigues Gil. - São Luís, 2016.

Universidade Federal de Santa Catarina. **Gestão e avaliação na atenção básica** [Recurso eletrônico] /; Maria Cristina Marino Calvo; Flávio Ricardo Liberali Magajewski; Selma Regina de Andrade. 3. ed. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2016

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde**/Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Regimarina Soares Reis. - São Luís, 2016.

ANEXO 1: Política Nacional da Atenção Básica

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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:

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Considerando a Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que Institui o Programa Mais Médicos, alterando a Lei no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e a Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981; Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle; Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde; Considerando a Portaria nº 4.279, 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 Resolução CIT Nº 21, de 27 de julho de 2017 Consulta Pública sobre a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). agosto de 2017; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 31 de agosto de 2017, resolve:

Art. 1º Esta Portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS. Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas

de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§4º Para o cumprimento do previsto no §3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/inequidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica: I – Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade. II – Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade.

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da

atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade.

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde – UBS. Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

CAPÍTULO I

DAS RESPONSABILIDADES.

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas nesta portaria;

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes;

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica;

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores;

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;

VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de

qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas; VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde;

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios;

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XV - estimular a participação popular e o controle social;

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde;

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado;

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade;

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde;

XX - articulação com o subsistema Indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial.

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União:

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos Estados, do Distrito Federal e

dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pósgraduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica;

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal:

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica

nos municípios;

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica;

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.

Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades

próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica;

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS;

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos município;

X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica;

XI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas;

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas;

XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;

XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e

IX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.

Art. 11 A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo a esta Portaria.

Art. 12 Fica revogada a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde. A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados

sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

1. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

]1.1- Princípios

- **Universalidade:** possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- **Equidade:** ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando 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, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

1.2- Diretrizes

- Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos. - Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considerase Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

- Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI.- Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII.- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com objetivo de produzir a

gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII.- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX.- Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

2. A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de

saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS. Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locais, promovendo a integração das referências de seu território. Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde,

impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera. A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade: a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;

- b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

3- INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território.

3.1. Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações

dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária. A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.3.2. Tipos de unidades e equipamentos de Saúde São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes: consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo; a área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para

funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial Recomenda-se os seguintes ambientes: a.consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo; b.área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outro ambientes conforme necessidade.

c)Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com: Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-x para radiografias periapicais e interproximais; aventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micro-motor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico; unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.

3.3 – Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população. Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima. Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se :

i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição,

conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

ii) - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

iii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: $\text{População}/2.000$.

iv.- Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população; Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e - Padrões Ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde. A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas instâncias interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica. Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS.

A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras. Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se que também realizem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade. Os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o país, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar de forma mais flexível às necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locorregionais. As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da RAS. 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. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, 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. Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:- Identificação e horário de atendimento;

- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;

- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS; - Relação de serviços disponíveis; e

- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

3.4- Tipos de Equipes:

1.- Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES

vigente.

2.- Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB). Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.

3.- Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades: Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e; Modalidade II:

Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

3. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos.

Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias. Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB):

a.Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b.Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c.Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de

saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente. A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do territórios.

5- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS): É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

a.a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

b.o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

c.o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;

d.o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;

e.cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

f.a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;

g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e

h.cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5- Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde. Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde à populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território.

Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

3.6- ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1.- Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam

de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As ESFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação. As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que servem para atuação das eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas. Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; eb) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s) ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica. Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial. A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal. Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Nasf – AB Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir

aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas: a.até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b.até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

1.- Equipe de Consultório na Rua (eCR) - equipe de saúde com composição variável, 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, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a.Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b.Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c.As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica. Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde. O agente

social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:
I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma específica. Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (NasFAB) do território onde estas pessoas estão concentradas. Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde. As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

1.- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade. Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades

Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

4- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1. Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica: - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando

diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI.Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII.Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII.Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX.Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X.Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

XI.Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII.Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII.Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes

configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI.Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII.Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII.Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV.Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;e

XXVII Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2.São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 – Enfermeiro: I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames

complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem: I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua

área de atuação.

4.2.1- Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2- Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com

protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3- Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

- II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras; XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4- Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.-Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e

conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII.Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5- Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para

implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas; IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII.- Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo

de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6- Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a)Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b)Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica

definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal. Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o

acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade. Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c)Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por

profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

5- DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I.- Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc.

Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de

intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II.- Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surto, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III.- Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV.- Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação,

de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V.- Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI.- O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Ressalta-

se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc. A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a.Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todas as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b.Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c.Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e

vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b). a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como: 1- consulta ou procedimento imediato;

1.consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;

2.agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;

3.procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;

4.encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e

5.orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município

ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral. A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII.- Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII.- Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado.

Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas

equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII.- Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX.- Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado

compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X.- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI.- Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do

uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

XII.- Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quartenária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que 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.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica 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.deteccção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;

c.vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e

d) vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas

visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes. Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

XIII.- Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV.- Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XV.- Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XVI.- Participação do planejamento local de saúde, assim como do

monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, 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/demanda da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII.- Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII.- Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX.- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se

incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde. Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB.

Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da

integração ensino-serviçocomunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6- DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I.- Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II.- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde

da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III.- Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV- Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V.- Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I- Recurso per capita:

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município. A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

II- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Atenção Básica (eAB)

registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

3. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o número de equipe de Saúde Bucal (eSB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

4. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

4.1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

4.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica. Assim

como, os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

4.3. Equipes Consultório na Rua (eCR) Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será definido em portaria específica.

5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASFAB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou 3) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS (EACS) implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item B tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem transferir os dados mensalmente, para o Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES.

III - Do credenciamento

Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:

I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios/Distrito Federal;

a.O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;

b.A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal; e

c.As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.

II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:

a.Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

b.após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.

Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

III.- O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e

IV.- Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes

no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, num prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido. Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando: I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, conforme normatização vigente; e

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos. Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II :

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I.- inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho

das equipes e/ou;

II.- ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III.- descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e

< >- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2- Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

< >- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;- realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; e enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo , acompanhado do anexo referido no item I e documentação necessária a depender do motivo da suspensão.

Parágrafo único: as orientações sobre a documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação. RICARDO BARROS



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ



MESTRADO PROFISSIONAL EM
GESTÃO DE SAÚDE