

MANUAL OPERACIONAL

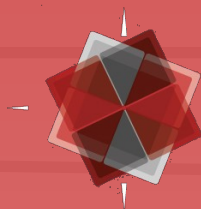
Ação Nacional 2011-2015 Multiplicando a Estratégia

“O Ministério Público na Defesa do Acesso e da Qualidade
da Atenção Básica”

2014



CONSELHO
NACIONAL DO
MINISTÉRIO PÚBLICO



MINISTÉRIO PÚBLICO
Ação Nacional 2011-2015
Multiplicando a Estratégia

FICHA TÉCNICA

Rodrigo Janot Monteiro de Barros
Presidente do CNMP

Alessandro Tramujas Assad
Corregedor Nacional CNMP

Jarbas Soares Júnior - Conselheiro CNMP
Presidente da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais

Cláudio Henrique Portela do Rego - Conselheiro CNMP
Presidente da Comissão de Planejamento Estratégico

Leonardo de Farias Duarte - Conselheiro CNMP
Presidente do Fórum Nacional de Saúde

Luciano Coelho Ávila - MPDFT
Membro Auxiliar
Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais

Gilmar de Assis - MPMG
Membro Colaborador
Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais
Forum Nacional de Saúde do CNMP

Maria Roseli de Almeida Pery - MPTO
Membro Colaborador
Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais
Fórum Nacional de Saúde do CNMP

Marco Antônio Teixeira - MPPR
Membro Colaborador
Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais
Fórum Nacional de Saúde do CNMP

Isabel Maria Salustiano Arruda Porto - MPCE
Membro Colaborador
Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais
Fórum Nacional de Saúde do CNMP

Maurício Pessutto - MPF/SC
Membro Colaborador
Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais
Fórum Nacional de Saúde do CNMP

Márcia Cristina Kamei Lopez Aliaga - MPT
Membro Colaborador
Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais
Fórum Nacional de Saúde do CNMP

Luís Gustavo Maia Lima - MPDFT
Membro Auxiliar
Comissão de Planejamento Estratégico

Ludmila Reis Brito Lopes - MPT
Membro Auxiliar
Comissão de Planejamento Estratégico

Juliano Napoleão Barros
Assessor
Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais

Claudia Luiza Santiago Felício
Analista MPMG

Florêncio Neto Palha Dias Neves
Assessor
Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais

Laís de Souza Piuzana
Analista MPMG

Meiry Andrea Borges Davi
Assessora
Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais

Nêmora Brant Drumond Cenachi
Analista MPMG

Christianne Oliveira e Sá
Assessora-Chefe
Comissão de Planejamento Estratégico

Erika Maria Barbosa
Analista MPMG

Fernanda Borges de Paula Urzêda
Assistente
Comissão de Planejamento Estratégico

Geovane Bueno
Analista MPMG

Pedro Arnaldo Ribeiro
Assessor
Comissão de Planejamento Estratégico

Marineide Chaves Andrade
Oficial MPMG

Rogério Carneiro Paes
Assessor
Comissão de Planejamento Estratégico

Bruno Martins Pereira
MPMG

Michele Santana
Assessora de Gabinete
MPCE

SUMÁRIO

03. Apresentação

07. Da construção do projeto

10. Dos Objetivos do projeto

11. Glossário de Siglas

14. Do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

20. Notas e sugestões

22. Ementário da legislação da Atenção Básica

33. Anexos – Modelos de ofícios e peças de atuação

Anexo I – modelo de ofício convite a ser encaminhado para os diferentes órgãos, com vistas à sua participação na audiência pública ou reunião pública, conforme o caso, convocada pelo Órgão de Execução, integrante do Comitê Gestor do referido projeto.

Anexo II – Modelo de ofício convite a ser encaminhado para os membros do Ministério Público dos diversos ramos no seu estado, visando sua participação na audiência pública ou reunião pública (conforme o caso), no projeto nacional da Atenção Básica.

Anexo III - Modelo de recomendação administrativa - Dispõe acerca da necessidade de migração, pelos municípios brasileiros, do atual Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) para o sistema de reestruturação das informações da atenção básica em nível nacional – Sistema de informação em Saúde (SISAB), nova estratégia desenvolvida pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), no processo de informatização qualificada do SUS, em prol de um SUS eletrônico - e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), para os fins de execução do projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade

da Atenção Básica”, da Comissão Nacional de Defesa dos Direitos Fundamentais, do Conselho Nacional do Ministério Público.

Anexo IV - Modelo de recomendação administrativa - Dispõe acerca da necessidade de adesão dos municípios e respectivas equipes de saúde da Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); bem como das providências administrativas necessárias em face das equipes de saúde, avaliadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde (MS), como “insatisfatórias” ou “desclassificadas”, visando sua adesão ao III Ciclo, competência 2015/2016, do supracitado programa, para os fins de execução do projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, da Comissão Nacional de Defesa dos Direitos Fundamentais, do Conselho Nacional do Ministério Público.

Anexo V – Matriz de planejamento para auditoria operacional coordenada na Atenção Básica - Tribunais de Contas Estaduais e Municipais.

Anexo VI – Formulário para coleta de informações, junto ao Gestor SUS local, sobre a política da Atenção Básica.

Anexo VII – Formulário para coleta de informações, junto às Unidades Básicas de Saúde, sobre a execução da política da Atenção Básica.

Anexo VIII – Ações Estratégicas – Atenção Primária à Saúde, ano 2014, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Anexo IX – Saúde da Família – Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, ano 2013.

Anexo X – Manual Instrutivo do PMAQ-AB, elaborado pelo Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, ano 2012.

APRESENTAÇÃO

O Conselho Nacional do Ministério Público foi criado pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004, com as finalidades de exercer o controle da atuação administrativa e financeira do Ministério Público e fiscalizar o cumprimento dos deveres funcionais de seus membros, tendo, ainda, por missão *“fortalecer e aprimorar o Ministério Público brasileiro, assegurando sua autonomia e unidade, para uma atuação responsável e socialmente efetiva”*.

Nesta direção, o Conselho instituiu em sua estrutura diversas Comissões Temáticas, pautando-se, para tal fim, por estudos e dados estatísticos colhidos pela Comissão de Planejamento Estratégico, que, após diversas reuniões e encontros realizados com os Ministérios Públicos em todo o território nacional, identificou as áreas sensíveis/prioritárias para o aperfeiçoamento da atuação do Ministério Público brasileiro, de sorte a melhor atender as expectativas da sociedade.

As Comissões Temáticas do CNMP atuam de formas diversas, que abrangem a promoção de audiências públicas em todo o território nacional, a realização de eventos de integração com as diversas unidades do Ministério Público brasileiro, a elaboração de instrumentos e estratégias para aprimorar a atuação das Promotorias e Procuradorias e o acompanhamento de projetos legislativos de interesse do Ministério Público, em trâmite nas Casas Legislativas.

Em 27 de junho de 2012, o Plenário do CNMP criou, por meio da Emenda Regimental nº 06, a Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais – CDDF, com o objetivo de posicionar-se como uma das referências do Ministério Público brasileiro no estímulo ao exercício das atribuições institucionais atinentes à defesa dos direitos fundamentais difusos, coletivos e sociais, em sintonia com as diversas previsões constitucionais e legais que conferem ao MP o poder-dever de atuar como agente de transformação positiva da realidade social.

A CDDF surge em contexto marcado pelo esforço de implementação da gestão estratégica no CNMP, por meio da elaboração de seu Plano Estratégico - com horizonte temporal de 2010 a 2015 - e do Plano Estratégico do Ministério Público brasileiro – Ação Nacional do MP - 2011 a 2015. Considerando os respectivos mapas estratégicos, verifica-se que a Missão do CNMP de *“fortalecer e aprimorar o Ministério Público*

brasileiro, assegurando sua autonomia e unidade, para uma atuação responsável e socialmente efetiva” e a Missão do Ministério Público brasileiro de “defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis para a concretização dos valores democráticos e da cidadania” não se realizam sem o fortalecimento e aperfeiçoamento da atuação institucional do Ministério Público direcionada à efetivação dos Direitos Fundamentais.

Desta feita, a CDDF tem o propósito de servir como órgão de integração, fomento e acompanhamento da atuação do MP brasileiro no plano da concretização dos direitos fundamentais, buscando fornecer subsídios ao fortalecimento de sua unidade, de sua atuação extrajudicial, proativa e preventiva e de sua interação com a sociedade civil organizada e a comunidade em geral.

Estruturada por sete Grupos de Trabalho (GT), dentre eles, o da área da Saúde.

Posteriormente, no dia 31 de março de 2014, o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) fez o lançamento da 3ª fase do Planejamento Estratégico Nacional, denominada “Ação Nacional – Multiplicando Estratégias”. Nesta etapa, foram estipuladas 18 ações nacionais que deverão ser implementadas a partir de projetos nacionais construídos e adotados pelas unidades do Ministério Público, sob a coordenação da Comissão de Planejamento Estratégico, presidida pelo Conselheiro Cláudio Portela.

A Ação Nacional, por meio do Planejamento Estratégico, busca a unidade e integração do Ministério Público brasileiro e, para alcançar esse objetivo, foi lançado em 2011, o Mapa Estratégico Nacional, em que se definiu o caminho a ser percorrido pelo Ministério Público brasileiro, para ser reconhecido pela sociedade como agente de transformação social e de preservação da ordem jurídica e da democracia.

O projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” foi inserido nessa estratégia, como Ação Nacional 08: “O MP assegura o direito à saúde”.

E, recentemente, na sessão do plenário do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), no dia 06/10/2014, foi criado o Fórum Nacional de Saúde (FNS), sob a coordenação do Conselheiro Leonardo Farias.

Essa Ação Nacional 08 visa a execução do projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” que tem como objetivo geral o de *contribuir para o aperfeiçoamento funcional e fomentar a atuação proativa, preventiva, efetiva e resolutiva do Ministério Público brasileiro na fiscalização da execução das Políticas Públicas da Atenção Básica, visando, em especial, a melhoria da prestação de ações e serviços nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).*

O desafio da implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve diferentes atores, jurídicos ou não, tais como os movimentos sociais, usuários, profissionais de saúde, gestores governamentais, Ministério Público.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro da interação entre as diferentes frentes que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por conseguinte, não se pode prescindir de sua consonância com os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Insta assinalar o caráter de relevância pública do Ministério Público Brasileiro, com atribuições na Defesa da Saúde, verdadeiro Ministério Público Social, posto que constitucionalmente (artigo 129, II, CF) coube-lhe zelar pelo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia.

O legislador constitucional foi proposital ao empregar, exclusivamente, para a atuação do Ministério Público na área da saúde o sentido conativo do verbo “zelar”, o que significa tratar com zelo, com cuidado, administrar diligentemente. Desta forma, essa sua responsabilidade ultrapassa os sentidos de sua mera atuação na defesa ou da promoção, inserindo-o como um dos autores desse Sistema ÚNICO de Saúde.

A esse respeito, o Direito Fundamental à Saúde, é o único literalmente marcado pela Constituição Federal como de relevância pública, embora outros pelo seu significado jurídico social também possam ser assim considerados.

Assim, o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), por meio das Comissões de Defesa dos Direitos Fundamentais (CDDF) e do Planejamento Estratégico (CPE),

bem como do Fórum Nacional de Saúde (FNS), cumpre, neste importante projeto seu papel no apoio, fortalecimento e aprimoramento da atuação funcional do Ministério Público Brasileiro, dos diferentes ramos, com atuação na Defesa da Saúde.

Conselheiro Jarbas Soares Júnior – Presidente da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais (CDDF)

Conselheiro Cláudio Henrique Portela do Rego – Presidente da Comissão de Planejamento Estratégico (CPE)

Conselheiro Leonardo de Farias Duarte – Presidente do Fórum Nacional de Saúde (FNS)

Da construção do projeto

O projeto “*MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*” foi construído pelo Grupo de Trabalho Proteção à Saúde (GT1) e equipe técnica da CDDF. Esse Grupo de Trabalho está integrado por membros do Ministério Público Federal (MPF), Trabalho (MPT) e Estadual (MPE). O projeto teve como fonte de inspiração a experiência exitosa do Ministério Público de Tocantins, por meio de uma atuação conjunta (MPF e MPE), com objetivo de levantamento das não conformidades da Atenção Básica (AB) nos 139 municípios, visando sua melhoria e responsabilidades sanitárias pelos diversos gestores de saúde.

Referido projeto, sob a coordenação dos promotores de Justiça Gilmar de Assis (MPMG) e Maria Roseli de Almeida Pery (MPTO), se estendeu por mais de 01 (um) ano, dada sua complexidade operacional e propósito de atingimento aos 5.568 municípios e o Distrito Federal, exigindo-se dos seus membros responsáveis estratégias e constantes reuniões no Ministério da Saúde (MS), em especial na CONJUR – Consultoria Jurídica e SAS – Secretaria de Atenção à Saúde e articulação com os diversos Órgãos de Execução.

Foi organizado o *Encontro do Conselho Nacional do Ministério Público em Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*, realizado nos dias 27 e 28 de maio de 2014, no Hotel Luzeiros São Luís/MA, pelas Comissões de Defesa dos Direitos Fundamentais (CDDF) e de Planejamento Estratégico (CPE), visando sua maior articulação e participação, pelos diversos ramos do Ministério Público Brasileiro, na consecução dessa Ação Nacional.

Esse evento contou com uma programação diversificada pelo recorte de seus atores. No primeiro dia do evento, os expositores abordaram os seguintes temas: a) Política Nacional da Atenção Básica: financiamento, instrumentos de planejamento e de controle de sua execução. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Apresentação das não conformidades dos municípios brasileiros; b) As UMACs no Distrito Federal: exemplo de parceria entre os órgãos de controle; c) Auditoria Operacional e a Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil; d) Programa Institucional Direito à Saúde: Prevenção,

Controle e Combate à Corrupção; e) Operacionalização da estratégia: dinâmica das audiências públicas nas capitais, com definição de calendário; interação operacional entre os membros do MPF, MPT e MPE; apresentação da dinâmica “multiplicando a estratégia”; f) Oficina de trabalho. Sistematização simplificada do projeto. Metas e Indicadores. Dinâmica com o Grupo; g) debates. O segundo dia (28/05) foi reservado integralmente para a Plenária, visando a votação das Metas, Indicadores e Projeto Sistematizado; bem como Assinatura do Acordo de Resultados.

O Acordo de Resultados, nessa oportunidade, foi assinado por 26 (vinte e seis) representantes indicados por suas Chefias, presente ao evento, a saber: MPMG, MPCE, MPF/SC, MPES, MP/MA, MPT/MA, MP/RO, MP/RN, MP/PI, MP/PR, MP/AC, PGR, MP/ES, MPDFT, MP/BA, MP/PA, MPT, MP/TO e PRDC/SC.

A estratégia foi complementada durante as III e IV Reuniões Ordinárias do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH), realizadas, respectivamente em Manaus/AM (21 a 23 de julho) e Rio de Janeiro/RJ (03 a 05 de setembro), ocasião em que se procurou dar maior articulação e aproximação institucional entre o CNMP, através de sua CDDF e CNPG, através de seu GNDH.

Em especial, naquela IV Reunião Ordinária do GNDH, a Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS), em articulação com a CDDF/CNMP, programou a participação do Ministério da Saúde (MS), para prosseguimento das discussões a respeito da Política Nacional da Atenção Básica e do PMAQ-AB – Programa de Melhoramento do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. A reunião contou com a presença de 32 (trinta e dois) representantes do Ministério Público, inclusive do MPF e MPT, oportunidade em que esses temas foram debatidos por dois dias.

Dada a amplitude temática da Atenção Básica (AB) e seus desafios na sua operacionalização nacional, com qualidade, assim como dos diversos indicadores do PMAQ-AB, foi possível a eleição/deliberação pelos presentes naquela IV Reunião Ordinária do GNDH, de um recorte para ser planejado/mensurado como meta a ser perseguida nacionalmente para os fins de sua execução no projeto nacional.

Facultou-se aos estados da federação a possibilidade da complementação das estratégias executivas do referido projeto, tais como acesso a outros indicadores da Atenção Básica disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS).

A COPEDES/GNDH ficou responsável da coleta das informações, junto aos seus integrantes, referentes à faculdade da ampliação desses indicadores; qualificação e CPF de seus membros para os fins de acesso ao banco de dados PMAQ-AB; cronograma de datas das audiências públicas/reuniões, definidas para o período de 17 a 28 de novembro de 2014, em todas as capitais, para os fins de planejamento operacional pela CDDF e CPE, bem como para logística de apoio institucional pelo Ministério da Saúde (MS).

Foram eleitos os seguintes objetivos específicos do projeto e, posteriormente Ação Nacional: a) estimular a maior adesão dos municípios brasileiros ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); b) fomentar a migração dos municípios brasileiros na substituição do SIAB – Sistema Nacional de Informações de Atenção Básica para o e-SUS/AB; c) Aprimorar a fiscalização da execução das políticas de Atenção básica em Saúde, fomentando o aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão municipal e a superação das desconformidades identificadas (equipes desclassificadas, insatisfatórias e municípios sem adesão ao PMAQ-AB), a partir do PMAQ e de outros instrumentos de controle do Sistema Único de Saúde (SUS) - (Auditorias, Supervisões, Inspeções, Monitoramentos etc.).

Decidiu-se, ainda, pela elaboração do Acordo de Cooperação Técnica (ACT) com o Instituto Rui Barbosa (IRB) para os fins de acesso às auditorias operacionais da Atenção Básica, que serão elaboradas em todo o Brasil pelos respectivos Tribunais de Contas, com o objetivo de identificar os principais problemas que afetam a qualidade da cadeia de serviços de atenção básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), independentemente dos programas implementados em cada unidade avaliada, com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura, bem como avaliar as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

Dos objetivos do projeto

NOME DO PROJETO
Defesa da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica em Saúde
Coordenadora
Maria Roseli de Almeida Pery (MPTO) e Gilmar de Assis (MPMG)
OBJETIVOS
Objetivo Geral
Contribuir para o aperfeiçoamento funcional e fomentar a atuação proativa, preventiva, efetiva e resolutiva do Ministério Público brasileiro na fiscalização da execução das Políticas Públicas da Atenção Básica, visando, em especial, a melhoria da prestação de ações e serviços nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).
Objetivos Específicos
I - Estimular a maior adesão dos municípios brasileiros ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
II – Fomentar a migração dos municípios brasileiros na substituição do SIAB – Sistema Nacional de Informações de Atenção Básica para o e-SUS/AB.
III - Aprimorar a fiscalização da execução das políticas de Atenção básica em Saúde, fomentando o aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão municipal e a superação das desconformidades identificadas (equipes desclassificadas, insatisfatórias e municípios sem adesão ao PMAQ-AB), a partir do PMAQ e de outros instrumentos de controle do Sistema Único de Saúde (SUS) - (Auditorias, Supervisões, Inspeções, Monitoramentos etc.)

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AD – Atenção Domiciliar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB - Auxiliar em Saúde Bucal

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CBO - Código Brasileiro de Ocupações

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIES - Comissão Permanente de Integração Ensino- Serviço

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

DAA - Diretoria de Auditoria Assistencial

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DEAPS – Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde

DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS

DPAPS – Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

DPSANT - Diretoria De Promoção À Saúde E Agravos Não-Transmissíveis

DSB – Diretoria de Saúde Bucal

EAB – Equipe de Atenção Básica

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

eCR – Equipe de Consultório na Rua

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio

eSB – Equipe de Saúde Bucal

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

GAPs - Grupos de Aperfeiçoamento Profissional

GEICOM - Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NAPRIS – Núcleo de Atenção Primária à Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAB - Piso da Atenção Básica

PEP – Programa de Educação Permanente para Médicos de Família

PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

Pronasci - Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

PROVAB - Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAPS – Superintendência de Atenção Primária à Saúde

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SGP - Sistema de Gerenciamento de Programas

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIGE - Sistema de Gestão das Informações do Projeto Estratégico Geração Saúde

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB - Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

UOM – Unidade Odontológica Móvel

URS – Unidade Regional de Saúde

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

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo central promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Lançado em 2011, o PMAQ contemplou, em seu primeiro ciclo, a adesão de mais de 17 mil equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB), representando pouco mais de 50% das equipes implantadas no país.

Em 2013 tem início o 2º ciclo do Programa que traz alguns adendos com relação à sua 1º etapa. Neste ciclo a adesão foi aberta para todos os municípios, o que culminou numa adesão de mais de 30 mil eSF e eAB. Ademais, a adesão foi estendida à equipes de saúde bucal (eSB), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A partir da adesão, as equipes passam a receber 20% do recurso total designado a cada equipe participante do programa (Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF e CEO).

O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população.

Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos¹ que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos.

¹ Disponível em http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php

O programa está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

1ª Fase – Adesão e Contratualização.

O que é?

Consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores firmados entre o Ministério da Saúde e os gestores municipais. Os gestores municipais, por sua vez, contratualizam diretamente com as equipes num processo que envolve pactuação local, regional e estadual, com a participação dos espaços de controle social.

Até quando foi a adesão?

As adesões dos municípios para o segundo ciclo do programa se encerraram no dia 05 de abril de 2013.

Quem deve realizar a contratualização / recontratualização no sistema?

Para facilitar a contratualização, o sistema foi simplificado. Agora somente o gestor precisa acessar o sistema e deve indicar quais equipes deverão participar do 2º ciclo do programa.

Durante este período, os gestores municipais devem realizar a contratualização /recontratualização com suas equipes, sendo pactuadas ações e responsabilidades com as equipes, firmadas por meio do Termo de Compromisso.

Para os gestores que já finalizaram a contratualização, as informações estão gravadas no sistema e não é necessário realizar a contratualização novamente.

Como gestores e equipes contratualizam?

Ao final das etapas descritas no novo sistema, o próprio gestor deverá gerar um Termo de Compromisso Municipal e uma cópia do Termo de Compromisso específico para cada uma das equipes confirmadas.

O Termo das equipes deverá ser impresso e assinado por um responsável da equipe. A adesão esclarecida e voluntária da equipe deve estar registrada em ata de reunião.

Ambos os documentos devem estar disponíveis para verificação no momento da avaliação externa.

Quem participou do 1º Ciclo precisa fazer algo?

Apenas as equipes confirmadas pelo gestor usando o sistema foram homologadas pelo Ministério da Saúde. Desse modo, para o 2º Ciclo foi necessário que o gestor confirmasse a continuidade das equipes que participaram do 1º ciclo.

2ª Fase - Desenvolvimento

Na fase de desenvolvimento, equipes de saúde, gestores municipais e estaduais, além do Ministério da Saúde, desenvolvem um conjunto de ações com o intuito de promover movimentos de mudança na gestão e no cuidado prestado pelas equipes, visando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde.

Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional.

O sistema do AMAQ para inserir os resultados da autoavaliação não será utilizado. Para a certificação é importante que todas as equipes tenham na UBS o documento que comprove a realização do processo autoavaliativo, no momento da visita dos avaliadores da qualidade (Universidade). A comprovação da realização desse processo será necessária para a equipe obter o percentual de 10% referente à autoavaliação na certificação das equipes.

Não haverá distribuição dos documentos impressos, por isso é importante que a gestão municipal disponibilize o AMAQ impresso para equipes, disponível para consulta pública no portal da DAB/MS.

É necessário que o município solicite a visita de avaliação externa?

Não será preciso solicitar a avaliação externa. No [Portal do Gestor](#) será possível confirmar a participação das equipes na avaliação e, se necessário, excluir alguma delas, mesmo após a contratualização.

É preciso enviar o documento ao Ministério da saúde para confirmar a contratualização?

Não é preciso enviar o documento para o MS. A homologação das equipes contratualizadas se dará a partir de Portaria.

No primeiro ciclo do programa (2011/2012), após publicação de portaria de homologação, os municípios precisaram informar sua adesão ao CMS, CIB micro e CIB Estadual. Este documento foi digitalizado e enviado eletronicamente por meio do sistema do PMAQ. Para o segundo ciclo do programa (2013/2014) a orientação foi de que os municípios informassem a participação nas instâncias colegiadas, mas não foi condição para homologação no PMAQ e não foi necessário enviar este documento nem os termos de compromisso ao Ministério da Saúde. Os Termos de compromisso firmados entre as equipes e gestores municipais e ata de reunião feita no momento da adesão foram apresentados ao avaliador no momento da visita de avaliação externa. A avaliação externa ocorreu a partir de setembro 2013 e foi agendada junto aos municípios pelas Universidades responsáveis pela visita em cada Estado.

3ª Fase – Avaliação Externa

A terceira fase consistiu na avaliação externa das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes do programa. O Ministério da Saúde em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa realizou visita às equipes para a

avaliação de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho.

A avaliação externa buscou reconhecer e valorizar os esforços e resultados das Equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

4ª Fase - Pactuação

Finalmente, a quarta fase foi constituída por um processo de recontractualização que deve ocorrer após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, de forma a estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB.

Em resumo, o PMAQ - AB tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

Equipes bem avaliadas poderão receber até R\$ 11 mil a mais, por mês. Para o II Ciclo (2013/2014), cada equipe recebe do governo federal de R\$ 7,1 mil a R\$ 10,6 mil, de acordo com o perfil social, econômico e cultural, acrescidos ainda pelos recursos das equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.

A avaliação dos profissionais de saúde/equipe é composto por três partes: a) uso de instrumento para que a própria equipe possa avaliar o trabalho que desenvolve - corresponde a 10% da nota de avaliação; b) desempenho em resultados em face dos 24 (vinte e quatro) indicadores de saúde firmados no momento que a equipe entrou no Programa - responsável por 20% da nota de avaliação; c) desempenho nos padrões de

qualidade verificados por avaliadores externos que visitaram os profissionais de saúde/equipe - corresponde a 70% da nota de avaliação.

Notas e Sugestões

- ▶ O principal objetivo do PMAQ é 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.

- ▶ Recomenda-se priorização de uma atuação solidária, operacional, extrajudicial, resolutiva dos Órgãos de Execução que fizeram adesão a esse projeto nacional, de modo a fazer cumprir os objetivos específicos dessa Ação Nacional pelos diversos municípios brasileiros.

- ▶ A CDDF/CNMP enviou ofício para o Secretário Nacional de Atenção à Saúde (SAS) visando a participação do Ministério Público brasileiro, na discussão e construção dos indicadores para o III Ciclo do PMAQ-AB (2014/2015), conforme deliberado naquele Encontro Nacional em São Luís/MA.

- ▶ Ressalta-se a faculdade de os diferentes Órgãos de Execução poderem ter acesso aos diversos indicadores (sistema bruto) do PMAQ-AB, em razão de sua especificidade regional, não limitados aos dados solicitados, para os fins de execução dos objetivos específicos/atividades do projeto nacional.

- ▶ Sugere-se, ainda, visando maior qualificação na execução do projeto, por ocasião das audiências públicas ou reuniões, a efetiva participação do órgão da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde para os fins de detalhamento, dentre outros, sobre os seguintes: a) os resultados do indicador de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde; b) os recursos repassados pelo estado para os municípios, para as ações de APS.

- ▶ O Ministério da Saúde (MS) disponibilizará para o Órgão de Execução que aderiu à execução do projeto nacional a faculdade de acesso, por meio de *login e senha*, do perfil “Ministério Público”, especialmente criado no portal virtual do PMAQ-AB, para acompanhamento e obtenção dos dados/indicadores da Atenção Básica em Saúde.

- ▶ Recomenda-se a utilização do formulário constante do Anexo VII somente nas situações em que restar demonstrada a avaliação PMAQ-AB da Unidade Básica de Saúde (UBS) do município na condição de “desclassificada” ou “insatisfatória”.

- ▶ Recomenda-se a leitura complementar do Manual Instrutivo do PMAQ-AB, elaborado pelo Ministério da Saúde, constante do Anexo X deste projeto.

- ▶ Recomenda-se aos Órgãos de Execução, que fizeram adesão à estratégia da Ação Nacional, a elaboração de relatório, contendo as seguintes informações: a) natureza da estratégia (audiência pública ou reunião); b) número de participantes, com discriminação dos municípios, setores e órgãos envolvidos; c) data e local da execução; d) número de municípios sem adesão ao PMAQ-AB; e) número de equipes de saúde, por municípios, que foram avaliadas como “desclassificadas” pelo PMAQ-AB; f) número de equipes de saúde, por municípios, que foram avaliadas como “insatisfatórias” pelo PMAQ-AB; g) ofícios/recomendações expedidas; h) outras informações. Referido relatório deverá ser encaminhado para a presidência do Fórum Nacional de Saúde do CNMP e para Comissão de Planejamento Estratégico (CPE), visando seu acompanhamento, sistematização e avaliação dos resultados obtidos.

Ementário da Legislação Correlata Atenção Básica

BRASIL. Saúde na Constituição Federal: artigos. 6º e 5º, § 1º; 7º, IV; 24, XII, §§ 1º ao 4º; 23, II; 30, VII; 37, II, V, VIII, IX, XVI, “c”; 195, § 2º; 196-200; 208, VII; 212, § 4º; 227, caput; 227, § 1º, I; art. 77 e seus incisos e §§ do ADCT.

BRASIL. Lei federal nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde.

BRASIL. Decreto nº 7508/2011 – regulamento de parte da Lei nº 8080/90.

BRASIL. Lei federal nº 8142/90 - Conselho de Saúde; Conferência de Saúde; transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde estadual e municipal.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29/00 – vinculação de recursos orçamentários para a saúde.

BRASIL. Lei Complementar nº 141/2012 - regulamenta EC 29 de 2000.

BRASIL. Decreto nº 7.827, de 16.10.2012 - regulamenta a Lei Complementar nº 141/12.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 51/06 – contratação do ACS e de agentes de combate às endemias (regulamentada pela Lei nº 11.350/06).

BRASIL. Emenda Constitucional nº 63/2010 - altera o art. 5º do art. 198 da CF/88 para dispor sobre o piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 - institui o Programa Saúde na Escola (PSE), com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

BRASIL. Lei federal nº 11.664, de 29 abril de 2008 - Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL. Lei federal nº 12.994, de 17 de junho de 2014 - Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.

Portaria GM/MS nº 971, de 03.5.2006 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC (acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia);

Portaria GM/MS nº 650, de 28.3.2006 – PAB fixo e variável, PSF e PACS;

Portaria GM/MS nº 2.527, de 19.10.2006 - define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família;

Portaria GM/MS nº 302, de 17.02.2008 - estabelece que profissionais de Saúde Bucal da Estratégia da Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde – EACS;

Portaria SAS nº 221, de 17.4.2008 - Lista Brasileira de Internações por condições sensíveis à Atenção Primária;

Portaria GM/MS nº 2.662, de 11 de novembro de 2008 - Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde;

Portaria SAS nº 84, de 25.3.2009 - adequar o serviço especializado 134 – SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS e sua classificação 001 – acupuntura;

Portaria GM/MS nº 2.226, de 18.9.2009 - institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o *Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família*;

Portaria GM/MS nº 1107, de 04.5.2010 - define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias – ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família;

Portaria Conjunta nº 3.125/GM, de 07.10.2010 - aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase;

Portaria nº 594/SAS, de 29.10.2010 - Serviço de Atenção Integral em Hanseníase;

Portaria nº 134/SAS, de 04.4.2011 - proíbe o cadastramento no SCNES de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, conforme disposto no art. 37, XVI, “c” da CF/88;

Resolução nº 439/CNS, de 07.4.2011 - mobilização social para ampliar destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica;

Portaria GM/MS nº 1.377/GM, de 13.6.11 - estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldades de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º B da Lei nº 10260, de 12.7.2001, no âmbito do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) e dá outras providências;

Resolução nº 444, do CNS, de 06.7.2011: Tuberculose;

Portaria GM/MS nº 1579, de 07.7.2011 - institui, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar plano para a introdução da vacina

contra a dengue no SUS, bem como promover, coordenar e acompanhara execução de suas atividades;

Portaria GM/MS nº 1.599, de 11.7.2011 - define valores de financiamento do PAB Variável – Piso da Atenção Básica Variável para as ESF – Equipes de Saúde da Família, ESB – Equipes de Saúde Bucal e aos ACS (a partir da competência maio 2011);

Portaria GM/MS nº 1654, de 19.7.2011 - institui, no âmbito do SUS, o *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB* e o *Incentivo Financeiro do PMAQ-AB*, denominado *Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável*;

Portaria Interministerial nº 2087/MS/MEC, de 1º.9.2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB e alterada pela Portaria Interministerial nº 3031/MS/MEC, de 26.12.2012;

Portaria nº 576/SAS, de 19.9.2011 - estabelecer novas regras para a carga horária semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista, conforme Anexo I; estabelecer normas para o cadastramento no SCNES da Equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ; incluir na Tabela de Tipo de Equipes do SCNES os tipos de equipes conforme tabela a seguir;

Portaria GM/MS nº 2394, de 11.10.2011 - institui o Componente Ampliado no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – UBS;

Portaria GM/MS nº 2396, de 13.10.2011 - define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável;

Portaria SAS nº 703, de 21.10.2011 - estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família – ESF; retificação de parte da Portaria nº 703/SAS publicada no DOU, Seção 1, de 22.12.11, págs. 87/90;

Portaria GM/MS nº 2546, de 27.10.2011 - redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil que passa a ser denominado Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes – Telessaúde Brasil Redes;

Portaria GM/MS nº 2554, de 28.10.2011 - institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

Portaria nº 732/SAS, de 28.10.2011 - constituir Grupo Técnico de Trabalho com a finalidade de pactuar normas, parâmetros, diretrizes e clínicas, à luz da Política Nacional de Implantação das Redes de Atenção à Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica;

Resolução RDC ANVISA nº 59, de 09.11.11 - dispõe sobre vacinas influenza a serem utilizadas no Brasil no ano 2012;

Portaria MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011 - *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.*

Portaria MS nº 576, de 19 de setembro de 2011 - Estabelece novas regras para a carga horária semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista; Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, das Equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ.

Portaria MS nº 2.396, de 13 de outubro de 2011 - Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável PAB Variável.

Portaria MS nº 2.488, 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).

Portaria GM/MS nº 3242, de 30.12.2011 - dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações;

Portaria GM/MS nº 122, de 25.01.2012 - define as diretrizes de organização e funcionamento das *Equipes de Consultório de Rua*;

Portaria GM/MS nº 123, de 25.01.2012 - define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua – eCR por município;

Portaria GM/MS nº 953, de 15.5.2012 - define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do DF, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB, a partir da competência março de 2012;

Portaria MS nº 1.089, de 28 de maio de 2012 - *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).*

Portaria GM/MS nº 2825, de 14.12.2012 - dispõe sobre o cadastramento e habilitação de propostas para a construção de Unidades Básicas de Saúde nos Municípios pela Unidade Federativa Estadual com recursos de Emendas Parlamentares;

Portaria GM/MS nº 2887, de 20.12.2012 - dispõe sobre o processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e DF;

Portaria GM/MS nº 3012, de 26 de dezembro de 2012 - altera a Portaria nº 2488/GM, de 21.10.2011, redefinindo a composição das Equipes de Saúde Bucal da ESF – Estratégia Saúde da Família;

Portaria nº Interministerial nº 3031/MS/MEC, de 26.12.2012 - altera a Portaria nº 2087/MS/MEC, de 1º.9.2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica;

Portaria GM/MS nº 131, de 1º.02.2013 - redefine os prazos para conclusão das obras e início de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde – UBS financiadas por meio do COMPONENTE AMPLIAÇÃO, nos termos da Portaria nº 2394/GM/MS, de 11.10.2011, no âmbito do SUS, e altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2394/GM/MS, de 2011;

Portaria GM/MS nº 169, de 05.02.2013 - altera as Portarias nºs 130/GM, 131/GM, 132/GM e 134/GM, de 1º.02.2013; seu art. 7º foi revogado pela Portaria nº 339/GM, de 05.02.13; seus arts. 1º, 2º e 8º foram revogados pela Portaria nº 341/GM, de 04.3.13; seus arts. 5º e 6º foram revogados pela Portaria nº 342/GM, de 04.3.13; as Portarias nºs 130, 132 e 134 foram revogadas;

Portaria GM/MS nº 260, de 21.02.2013 - fica fixado em R\$ 950,00 por Agente Comunitário de Saúde – ACS a cada mês, o valor do incentivo financeiro referente aos ACS das estratégias de ACS e de Saúde da Família;

Portaria MS nº 261, de 21 de fevereiro de 2013 - *Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.*

Portaria GM/MS nº 339, de 04.3.2013 - redefine o COMPONENTE AMPLIADO do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – UBS;

Portaria GM/MS nº 340, de 04.3.2013 - redefine o COMPONENTE CONSTRUÇÃO do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – UBS;

Portaria GM/MS nº 341, de 04.3.2013 - Redefine o COMPONENTE REFORMA do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – UBS;

Portaria GM/MS nº 364, de 08.3.2013 - redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, e o respectivo incentivo financeiro;

Portaria GM/MS nº 256, de 11.3.2013 - Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

Portaria GM/MS nº 535, de 03.4.2013 - altera a Portaria nº 1654/GM/MS, de 19.7.2011, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, e a Portaria nº 866/GM/MS, de 03.5.2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB;

Portaria MS Nº 562, de 04 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).*

Portaria GM/MS nº 568, de 05.4.2013 - dispõe sobre a criação das Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e cria incentivo financeiro de custeio para manutenção e execução de suas atividades no ano de 2013;

Portaria GM/MS nº 1063, 03.6.2013 - altera as regras de certificação das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB e do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidade Odontológicas – PMAQ – CEO; revoga o art. 2º da Portaria nº 535/GM, de 03.4.2013;

Portaria MS nº 1.234, de 20 de junho de 2013 - *Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.*

Portaria GM/MS nº 1345, de 5.7.2013 - altera as Portarias nº 339/GM/MS, nº 340/GM/MS e nº 341/GM/MS, de 4 de março de 2013;

Portaria GM/MS nº 1498, de 19.7.2013 - redefine o calendário nacional de vacinação, o calendário nacional de vacinação dos povos indígenas e as campanhas nacionais de vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações – PNI, em todo o território nacional;

Portaria Interministerial nº 1.413/MS/MEC, de 10.7.2013 - redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por Estados, DF e Municípios, e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações;

Portaria GM/MS nº 1408, de 10.7.2013 - incorpora os recursos financeiros destinados ao financiamento da Estratégia Compensação de Especificidades Regionais – CER à parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB fixo e revoga dispositivos da Portaria nº 204/GM/MS, de 29.01.2007, e da Portaria nº 399/GM/MS, de 22.02.2006;

Portaria GM/MS nº 1409, de 10.7.2013 - define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do FNS aos Fundos de Saúde dos Municípios e do DF, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB (efeitos financeiros a partir da competência maio de 2013);

Portaria nº 6/SGTES/MS, de 17 de julho de 2013 - dispõe sobre o remanejamento dos bolsistas que participam do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

Portaria nº 11/SGTES/MS, de 13.8.2013 - dispõe sobre assiduidade e absenteísmo de participantes no âmbito do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB;

Portaria GM/MS nº 1902, de 03.9.2013 - prorroga o prazo estabelecido no art. 23 da Portaria nº 339/GM/MS, de 4 de março de 2013, no art. 25 da Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013 e no art. 23 da Portaria nº 341/GM/MS, de 4 de março de 2013, que Redefine os componentes: Ampliação, Construção e Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Portaria GM/MS nº 1903, de 04.9.2013 - altera os artigos 4º, 6º, 10, 25 e o Anexo I da Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013 que Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS);

Portaria Conjunta nº 10/SGTES/SGEP, de 05.9.2013 - dispõe sobre procedimentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação de bolsistas do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB;

Portaria GM/MS nº 2355, de 10 de outubro de 2013 - Fica alterado o cálculo do teto máximo de Equipes de Saúde da Família, 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, o qual passará a ser obtido mediante a seguinte fórmula: $\text{População}/2.000$;

Portaria nº 411/S/SESA/ES, de 06.12.2013 - institui a Comissão de Coordenação Estadual do PROVAB;

Portaria SAS nº 15, de 08.01.2014 - define regras para o cadastramento dos Consultórios Itinerantes de Odontologia e Oftalmologia no âmbito do Programa Saúde na Escola e do Programa Brasil Alfabetizado;

Portaria GM/MS nº 314, de 28.02.2014 - fica fixado em R\$1.014,00 por ACS a cada mês o valor do incentivo financeiro referente aos ACS das Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, a partir da competência janeiro de 2014;

Portaria GM/MS nº 632, de 23.4.2014 - dispõe sobre a reprogramação dos incentivos financeiros a serem repassados pelo Ministério da Saúde aos entes federativos participantes do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – UBS, nos componentes Reforma, Ampliação e Construção;

Portaria GM/MS nº 725, de 2.5.2014 - altera as Portarias nº 339/GM/MS e 341/GM/MS, de 04.3.2013, que redefiniu os componentes Ampliação e Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; possibilita nova contemplação, com recursos de emendas parlamentares, à Unidade Básica de Saúde – UBS já contempladas em anos anteriores com objetos – Ampliação ou Reforma – do Programa Requalifica, e substitui o anexo I da Portaria nº 340/GM/MS, de 4.3.2013, que redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.

Portaria GM/MS nº 1029, de 20.5.2014 - amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências;

Portaria GM/MS nº 1229, de 6.6.2014 - 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);

ANEXOS - MODELOS

Anexo I – Modelo de ofício convite a ser encaminhado para os diferentes órgãos, com vistas à sua participação na audiência pública ou reunião, conforme o caso, convocada pelo Órgão de Execução, integrante do Comitê Gestor do referido projeto.

Anexo II – Modelo de ofício convite a ser encaminhado para os membros do Ministério Público dos diversos ramos no seu estado, visando sua participação na audiência pública ou reunião pública (conforme o caso), no projeto nacional da Atenção Básica.

Anexo III - Modelo de recomendação administrativa - Dispõe acerca da necessidade de migração, pelos municípios brasileiros, do atual Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) para o sistema de reestruturação das informações da atenção básica em nível nacional – Sistema de informação em Saúde (SISAB), nova estratégia desenvolvida pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), no processo de informatização qualificada do SUS, em prol de um SUS eletrônico - e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), para os fins de execução do projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, da Comissão Nacional de Defesa dos Direitos Fundamentais, do Conselho Nacional do Ministério Público.

Anexo IV - Modelo de recomendação administrativa - Dispõe acerca da necessidade de adesão dos municípios e respectivas equipes de saúde da Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); bem como das providências administrativas necessárias em face das equipes de saúde, avaliadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde (MS), como “insatisfatórias” ou “desclassificadas”, visando sua adesão ao III Ciclo, competência 2015/2016, do supracitado programa, para os fins de execução do projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, da Comissão Nacional de Defesa dos Direitos Fundamentais, do Conselho Nacional do Ministério Público.

Anexo V – Matriz de planejamento para auditoria operacional coordenada na Atenção Básica - Tribunais de Contas Estaduais e Municipais.

Anexo VI – Formulário para coleta de informações, junto ao Gestor SUS local, sobre a política da Atenção Básica.

Anexo VII – Formulário para coleta de informações, junto às Unidades Básicas de Saúde, sobre a execução da política da Atenção Básica.

Anexo VIII – Ações Estratégicas – Atenção Primária à Saúde, ano 2014, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Anexo IX – Saúde da Família – Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, ano 2013.

Anexo X – Manual Instrutivo do PMAQ, elaborado pelo Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, ano 2012.

Anexo I – Modelo de ofício convite a ser encaminhado para os diferentes órgãos, com vistas à sua participação na audiência pública ou reunião, conforme o caso, convocada pelo Órgão de Execução integrante do Comitê Gestor do referido projeto.

CABEÇALHO

Ofício nº _____

Belo Horizonte, 17 de outubro de 2014.

Prezado Senhor,²

Cumprimentando-o cordialmente aprez-me convidar Vossa Excelência a participar das discussões relativas à Ação Nacional nº 08, do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), que versa sobre “*O Ministério Público na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*”, coordenado pela Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais (CDDF), Comissão de Planejamento Estratégico (CPE) e Fórum Nacional de Saúde, todos do CNMP.

O objetivo geral do projeto é o de fomentar a atuação proativa, preventiva, efetiva e resolutiva do Ministério Público, em todo o País, na fiscalização da execução da Política Nacional da Atenção Básica. E, ainda, buscar a eficiência da atuação Institucional conforme consta do Mapa Estratégico Nacional do CNMP.

Sabemos que, nos termos do artigo 18, inciso I, da Lei Orgânica da Saúde – Lei federal nº 8.080/90 – compete aos municípios planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

² Com sugestão de seu encaminhamento para os prefeitos municipais, secretários municipais de saúde, conselhos de saúde, COSEMS, Secretário Estadual de Saúde, conselho regional de medicina, conselho regional de enfermagem, gerência regional de saúde, prestadores hospitalares, consórcios intermunicipais de saúde, comissão de saúde da Câmara de Vereadores, associações comunitárias, etc)

Essa competência decorre exatamente da diretriz constitucional da descentralização, com direção única em cada esfera de governo (artigo 198, inciso I), de modo a se alcançar a nacionalização da política de saúde. No tocante à Atenção Básica, eles se encontram especificados na Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que versa sobre a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), assim como em outros instrumentos de planejamento e de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e nas pactuações firmadas na Comissão Intergestores Bipartite, entre a Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias de Saúde dos Municípios.

São os seguintes objetivos específicos definidos para esse projeto nacional: a) estimular a maior adesão dos municípios brasileiros ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); b) fomentar a migração dos municípios brasileiros na substituição do SIAB – Sistema Nacional de Informações de Atenção Básica para o e-SUS/AB; c) aprimorar a fiscalização da execução das políticas de Atenção Básica em Saúde, fomentando o aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão municipal e a superação das desconformidades identificadas (equipes desclassificadas, insatisfatórias e municípios sem adesão ao PMAQ-AB), a partir do PMAQ-AB e de outros instrumentos de controle do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como auditorias, supervisões, inspeções, monitoramentos.

Nesse sentido, conforme cronograma definido por este Órgão de Execução, integrante do Comitê Gestor do projeto nacional, realizaremos essa **(audiência pública ou reunião)**, no próximo dia _____, com endereço na _____, (*Semana Nacional de Mobilização do MP pela Defesa da Atenção Básica em Saúde*), sendo indispensável sua presença nesse evento, visando a otimização das discussões e deliberações.

Atenciosamente,

Anexo II – Modelo de ofício convite a ser encaminhado para os membros do Ministério Público dos diversos ramos, visando sua participação na audiência pública ou reunião, conforme o caso, no projeto nacional da Atenção Básica.

CABEÇALHO

Ofício nº _____

Belo Horizonte, 17 de outubro de 2014.

Prezado Senhor,³

Cumprimentando-o cordialmente aprez-me convidar Vossa Excelência a participar das discussões relativas à Ação Nacional nº 08, do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), que versa sobre “*O Ministério Público na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*”, coordenado pela Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais (CDDF), Comissão de Planejamento Estratégico (CPE) e Fórum Nacional de Saúde, todos do CNMP.

O objetivo geral é o de fomentar a atuação proativa, preventiva, efetiva e resolutiva da Instituição, em todo o País, na fiscalização da execução da Política Nacional da Atenção Básica. E, ainda, buscar a eficiência da atuação Institucional conforme consta do Mapa Estratégico Nacional do CNMP.

Sabemos que, nos termos do artigo 18, inciso I, da Lei Orgânica da Saúde – Lei federal nº 8.080/90 – compete aos municípios planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde. Essa competência decorre exatamente da diretriz constitucional da descentralização, com direção única em cada esfera de governo (artigo 198, inciso I), de modo a se alcançar a nacionalização da política de saúde. No tocante à Atenção Básica, eles se

³ Com sugestão de seu encaminhamento para os membros do Ministério Público das demais comarcas e de outros Ramos.

encontram especificados na Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que versa sobre a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), assim como em outros instrumentos de planejamento e de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e nas pactuações firmadas na Comissão Intergestores Bipartite, entre a Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias de Saúde dos Municípios.

São os seguintes objetivos específicos definidos para esse projeto nacional: a) estimular a maior adesão dos municípios brasileiros ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); b) fomentar a migração dos municípios brasileiros na substituição do SIAB – Sistema Nacional de Informações de Atenção Básica para o e-SUS/AB; c) aprimorar a fiscalização da execução das políticas de Atenção Básica em Saúde, fomentando o aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão municipal e a superação das desconformidades identificadas (equipes desclassificadas, insatisfatórias e municípios sem adesão ao PMAQ-AB), a partir do PMAQ-AB e de outros instrumentos de controle do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como auditorias, supervisões, inspeções, monitoramentos.

Conforme definição da atividade, a execução desse projeto deverá se dar na forma de audiências públicas ou de reuniões, no âmbito nacional, entre os dias 17 e 28 de novembro (*Semana Nacional de Mobilização do MP pela Defesa da Atenção Básica em Saúde*).

A presidência do Fórum Nacional de Saúde do CNMP providenciará, nos próximos dias, a remessa de todo o material produzido para os fins de subsidiar a execução solidária desse projeto, contendo, dentre outros, os indicadores de saúde, manual operacional, modelos de peças de atuação.

Pretende-se, ainda, aprovação de uma Nota Técnica, pelo plenário do CNMP, com diretrizes para atuação do Ministério Público Brasileiro em face da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Em construção a celebração de Acordo de Cooperação Técnica a ser firmada entre o CNMP e o Instituto Rui Barbosa, para os fins de acesso a cada uma das auditorias operacionais que serão elaboradas por todos os Tribunais de Contas do País

em face da Política Nacional da Atenção Básica, com contribuição pelo Ministério Público, através da Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais.

O Ministério da Saúde (MS) providenciará a construção do perfil “*Ministério Público*” junto ao portal virtual do PMAQ-AB, de modo a possibilitar seu acesso aos diversos indicadores de saúde, pelos Órgãos de Execução que fizeram adesão a estratégia da Ação Nacional nº 08, por meio de *login e senha*.

Além do PMAQ-AB, outros indicadores de saúde poderão subsidiar a estratégia dessa Ação Nacional, tais como auditorias, supervisões, inspeções, monitoramentos, controle e avaliação da Atenção Básica.

Certo de sua atenção, ao ensejo renovo-lhe protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Anexo III - Modelo de recomendação administrativa - *Dispõe acerca da necessidade de migração, pelos municípios brasileiros, do atual Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) para o sistema de reestruturação das informações da atenção básica em nível nacional – Sistema de informação em Saúde (SISAB), nova estratégia desenvolvida pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), no processo de informatização qualificada do SUS, em prol de um SUS eletrônico - e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), para os fins de execução do projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, da Comissão Nacional de Defesa dos Direitos Fundamentais, do Conselho Nacional do Ministério Público.*

RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA Nº _____

OBJETO: *Dispõe acerca da necessidade de migração, pelos municípios brasileiros, do atual Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) para o sistema de reestruturação das informações da atenção básica em nível nacional – Sistema de informação em Saúde (SISAB), nova estratégia desenvolvida pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), no processo de informatização qualificada do SUS, em prol de um SUS eletrônico - e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), para os fins de execução do projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, da Comissão Nacional de Defesa dos Direitos Fundamentais, do Conselho Nacional do Ministério Público.*

O MINISTÉRIO PÚBLICO _____, por intermédio de sua _____ que subscreve, vem, no exercício de suas atribuições constitucionais e legais, em especial do artigo 129, inciso II da Constituição Federal; do artigo 27, parágrafo único, inciso IV da Lei Federal nº 8.625, de 12 de fevereiro de

1993; Lei Complementar nº _____, de _____, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Ministério Público, no cumprimento operacional às estratégias definidas no projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, da Comissão Nacional de Defesa dos Direitos Fundamentais (CDDF), do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e,

CONSIDERANDO que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, nos termos do art. 196 da Constituição da República;

CONSIDERANDO que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado, consoante prescreve o art. 197 da Constituição da República;

CONSIDERANDO que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que apresenta como uma das suas diretrizes organizacionais o atendimento integral, com **prioridade para as atividades preventivas**, sem prejuízo dos serviços assistenciais, conforme prescreve o art. 198, inciso II da Carta Magna;

CONSIDERANDO a existência da Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), 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 ser a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, nos termos definidos pela Lei Orgânica da Saúde;

CONSIDERANDO os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), assim definidos na supracitada legislação, de que a assistência às pessoas deve ser

dispensada por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das **atividades preventivas**;

CONSIDERANDO que as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim definidos na Lei Orgânica da Saúde, de que a integralidade de assistência deverá ser entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e **serviços preventivos e curativos**, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”;

CONSIDERANDO que o artigo 7º, inciso IX, alínea “a” da Lei federal nº 8.080/90 estabelece a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

CONSIDERANDO que a direção SUS é exercida, no município, pela Secretaria Municipal de Saúde, nos termos do art. 9º, III da Lei 8.080/09;

CONSIDERANDO que à direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde, como dispõe o art. 18, I da Lei 8.080/90;

CONSIDERANDO que a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo considerada, no âmbito internacional, como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

CONSIDERANDO que a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 prioriza o fortalecimento da atenção básica estabelecendo objetivos de consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios e ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos;

CONSIDERANDO que o Decreto nº 7.508/ 2011 (regulamento da Lei federal nº 8.080/90), estabelece que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde das Redes de Atenção à Saúde, se inicia pelas Portas de Entrada do SUS, dentre elas compreendendo a Atenção Primária, e se completa na

rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço, artigo 8º;

CONSIDERANDO que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela **atenção primária** e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e do coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente, nos termos do artigo 11 do mesmo decreto;

CONSIDERANDO que a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 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);

CONSIDERANDO que a consolidação da Estratégia Saúde da Família constitui forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas.

CONSIDERANDO que os dados do Ministério da Saúde apontam que, pelo menos 85% dos problemas de saúde da população brasileira podem ser resolvidos no âmbito da atenção básica;

CONSIDERANDO que a Atenção Básica/Primária, reformulada pela PNAB, constitui o primeiro nível de atenção à saúde, e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a **promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde** com o objetivo de desenvolver uma **atenção integral** que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

CONSIDERANDO que todos os níveis de atenção assumem papel igualmente relevante, todavia a atenção primária deve ser priorizada, tendo em vista que possibilita uma melhor organização e funcionamento tanto dos serviços da atenção básica como da média e alta complexidade. Uma atenção básica bem

estruturada faz com que se reduzam filas nos pronto-socorros e hospitais, além de se evitar o consumo abusivo de medicamentos e gasto indiscriminado com equipamentos de alta tecnologia.

CONSIDERANDO que a PNAB estabelece, dentre as competências das Secretarias Municipais de Saúde, a inserção da estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como **estratégia prioritária** de organização da atenção básica, cujo incentivo é responsabilidade comum de todas as esferas de governo.

CONSIDERANDO a Portaria MS/GM nº 3.462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010, que estabelece os critérios para a alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde;

CONSIDERANDO que a alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos sistemas é de responsabilidade dos Estados, municípios e do Distrito Federal, conforme a gestão dos estabelecimentos, nos termos da Portaria MS/GM nº 3.462/2010, artigo 2º, parágrafo 2º;

CONSIDERANDO a Portaria MS/GM nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria MS/GM nº 940/GM/MS, de 28 de abril de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão);

CONSIDERANDO a Portaria MS/GM nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável);

CONSIDERANDO a Portaria nº 2.073/GM/MS, de 31 de agosto de 2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em

saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar;

CONSIDERANDO a Portaria nº 2.554/GM/MS, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

CONSIDERANDO a necessidade de adotar medidas no campo da saúde que objetivem a melhoria e a modernização do seu sistema de gerenciamento de informações, diante da ampliação da cultura do uso da informação e a gestão do cuidado em saúde ofertado à população;

CONSIDERANDO a necessidade de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a Atenção Básica (AB) e garantindo o registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

CONSIDERANDO a imperativa necessidade de utilização de um sistema de informação integrada em saúde que contemple os dados das equipes da AB, incluindo as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultórios na Rua (CnR), Programa Saúde na Escola (PSE) e Academias da Saúde, além de outras modalidades de equipes e programas que porventura sejam incluídos na AB;

CONSIDERANDO a importância do envio das informações da produção ambulatorial e hospitalar para a composição das informações necessárias ao desenvolvimento das políticas de saúde nas três esferas de governo;

CONSIDERANDO que a Portaria MS/GM nº 1.412, de 10 de julho de 2013 instituiu o **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**, 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) do

DAB/SAS/MS, com a substituição gradativa do SIAB e os outros sistemas de "software" nos módulos utilizados na atenção básica, conforme seu artigo 5ª;

CONSIDERANDO que a operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que é composta por dois sistemas de "software" que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB: I - Coleta de Dados Simplificado (CDS); e II - Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), consoante o artigo 1º e 2º da supracitada portaria;

CONSIDERANDO que o Ministério da Saúde disponibilizará gratuitamente os sistemas de "software", de caráter público brasileiro, necessários à implementação da estratégia e-SUS AB, assim como manuais e diretrizes para apoiar a implementação da estratégia e-SUS AB no sítio eletrônico <http://dab.saude.gov.br>, conforme artigo 2º parágrafos 3º e 5º do mesmo diploma legal;

CONSIDERANDO que os envios das informações pelas equipes de atenção básica para as bases de dados do SISAB deverão observar os cronogramas publicados em atos específicos do Secretário de Atenção à Saúde. No caso do Distrito Federal e dos Municípios que utilizam sistemas de "software" próprios, as informações serão enviadas de forma compatível com a base de dados do SISAB. O envio da base de dados do Distrito Federal e dos Municípios que não estiverem com o SISAB em operação ocorrerá por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em processamento paralelo (artigo 3º, parágrafos 1º e 2º);

CONSIDERANDO o disposto no parágrafo 4º do artigo 3º, acrescentando à Portaria MS/GM nº 1412/2013 pela Portaria MS/GM nº 256, de 19 de fevereiro de 2014, que as Equipes de Atenção Básica que tenham recebido profissionais médicos provenientes do Programa Mais Médicos para o Brasil ou do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) deverão registrar as informações e dados junto ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) em até 60 (sessenta) dias, a partir da apresentação do profissional no Município;

CONSIDERANDO as alterações propostas pela mais recente Portaria MS/GM nº 1.976, de 12 de setembro de 2014, em que, nas hipóteses supramencionadas de não operacionalização do SISAB em municípios e Distrito Federal e para fins de garantir a transição entre o SIAB e o SISAB, operacionalizado pelo "software" e-SUS AB CDS e-SUS AB PEC, **prorroga para a partir da competência de junho de 2015 o prazo para que as informações devam ser enviadas obrigatoriamente para a base de dados do SISAB;**

CONSIDERANDO o disposto no art. 5º-A, acrescentado pela recente portaria ao normativo anterior, nº 1.412/2013, de que devem enviar informações para o banco de dados do SISAB **todas** as equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes da Estratégia de Saúde da Família, as equipes de Agentes Comunitários de Saúde, as equipes dos Núcleos de Saúde da Família, as equipes do Consultório na Rua, as equipes participantes do Programa Saúde na Escola e do Programa Academia da Saúde, salvo aquelas equipes de saúde com legislação específica;

CONSIDERANDO que as equipes com profissionais médicos provenientes do Programa Mais Médicos para o Brasil e/ou do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) devem observar os prazos estabelecidos na Portaria nº 256/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2014 e que regulamentações específicas de outros programas do Ministério da Saúde poderão determinar o envio de informações para o banco do SISAB por outras equipes de saúde;

CONSIDERANDO o art. 2º da Portaria MS/GM nº 3.462/2010, alterado pelo artigo 7º da Portaria MS/GM nº 1412/2013, que define a **obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática** dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e ou Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);**

CONSIDERANDO o art. 4º da Portaria 3.462/2010, que determina que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à **suspensão da transferência** de recursos financeiros a Estados, Municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, **não** forem alimentados e devidamente validados por **3 (três) competências consecutivas**;

CONSIDERANDO a Nota Técnica emitida pelo DAB/SAS/MS acerca de esclarecimentos e orientações sobre a estratégia e-SUS AB⁴, direcionada aos gestores, profissionais de saúde e tecnologia da informação, que salienta algumas ações de capacitação da estratégia no âmbito nacional e estadual, através de oficinas, do Programa de TeleSaúde Brasil Redes, e do Projeto QualiSUS e PROESF, já com o avanço na implantação do SISAB por alguns municípios, outros necessitando de um suporte, acompanhamento mais próximo;

CONSIDERANDO o Projeto do Conselho Nacional do Ministério Público *“O Ministério Público na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Saúde”*, cujo objetivo específico, detalhado no supracitado ementário, foi definido democraticamente por meio da participação do Ministério Público Brasileiro;

CONSIDERANDO que o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, nos termos do art. 127, caput, da Constituição da República;

CONSIDERANDO que é função institucional do Ministério Público zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia, consoante dispõe o art. 129, II da Constituição da República;

Considerando ser o Ministério Público órgão agente da fiscalização da gestão pública de saúde, assim definido na Seção IV, Capítulo IV da Lei Complementar federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012;

⁴ Link: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_prorrogacao_eSUS-AB.pdf

CONSIDERANDO que o artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625/1993 (Lei Orgânica nacional do MP) faculta ao Ministério Público expedir recomendação administrativa aos órgãos da administração pública federal, estadual e municipal;

CONSIDERANDO que o artigo 6º inciso XX da Lei Complementar 75/1993, aplicável por força do previsto no artigo 80 da Lei 8.625/1993, dispõe que compete ao Ministério Público expedir recomendações, visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito, aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável para a adoção das providências cabíveis;

CONSIDERANDO que o art. _____ da Lei Complementar estadual _____ prevê que, no exercício de suas atribuições, o Ministério Público poderá fazer recomendações, visando à melhoria dos serviços públicos e dos serviços de relevância pública;

RESOLVE expedir a presente **RECOMENDAÇÃO** ao Prefeito Municipal de _____ Senhor (a) _____ e respectiva Secretária Municipal de Saúde, Órgão Gestor do SUS, Senhor (a) _____, bem como a quem venha lhe suceder ou substituir no seu respectivo cargo, que providenciem a adoção das seguintes providências:

(1) Que, no exercício de suas atribuições, adotem as providências administrativas necessárias visando a efetiva migração do município do atual SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, para a estratégia do e-SUS/AB, caso ainda não o fez, de modo que as equipes possam adequar seus processos de trabalho antes do esgotamento do prazo final de transição (competência junho de 2015), garantindo-se além da maior interoperabilidade das informações, da observância das regras da transparência definidas na Lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, a consistência e a qualidade dessas informações que subsidiarão a produção dos indicadores de saúde e demais ferramentas de gestão da informação na atenção básica;

(2) Assina-se o prazo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento da presente Recomendação, para que as autoridades supracitadas possam comunicar ao Ministério Público, sob as penas da lei, quanto à adoção das providências adotadas na espécie, inclusive para os fins de planejamento e cronograma dessa migração.

(3) Cópia da Recomendação será enviada, para ciência, do Conselho Municipal de Saúde, Câmara Municipal de Vereadores e COSEMS.

_____, de novembro de 2014.

Promotor(a) de Justiça/Procurador

Anexo IV - Modelo de recomendação administrativa - *Dispõe acerca da necessidade de adesão dos municípios e respectivas equipes de saúde da Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); bem como das providências administrativas necessárias em face das equipes de saúde, avaliadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde (MS), como “insatisfatórias” ou “desclassificadas”, visando sua adesão ao III Ciclo, competência 2015/2016, do supracitado programa, para os fins de execução do projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, da Comissão Nacional de Defesa dos Direitos Fundamentais, do Conselho Nacional do Ministério Público.*

RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA Nº _____

OBJETO: *Dispõe acerca da necessidade de adesão dos municípios e respectivas equipes de saúde da Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); bem como das providências administrativas necessárias em face das equipes de saúde, avaliadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde (MS), como “insatisfatórias” ou “desclassificadas” no resultado do I Ciclo, visando sua adesão ao III Ciclo, competência 2015/2016, do supracitado programa, para os fins de execução do projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, da Comissão Nacional de Defesa dos Direitos Fundamentais, do Conselho Nacional do Ministério Público.*

O **MINISTÉRIO PÚBLICO _____**, por intermédio de sua _____ que subscreve, vem, no exercício de suas atribuições constitucionais e legais, em especial do artigo 129, inciso II da Constituição Federal; do artigo 27, parágrafo único, inciso IV da Lei Federal nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993; Lei Complementar nº _____, de _____, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Ministério Público, no cumprimento operacional às

estratégias definidas no projeto “MP na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, da Comissão Nacional de Defesa dos Direitos Fundamentais (CDDF), do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e,

CONSIDERANDO que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, nos termos do art. 196 da Constituição da República;

CONSIDERANDO que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado, consoante prescreve o art. 197 da Constituição da República;

CONSIDERANDO que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, que apresenta como uma das suas diretrizes organizacionais o atendimento integral, com **prioridade para as atividades preventivas**, sem prejuízo dos serviços assistenciais, conforme prescreve o art. 198, inciso II da Carta Magna;

CONSIDERANDO a existência da Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), 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 ser a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, nos termos definidos pela Lei Orgânica da Saúde;

CONSIDERANDO os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), assim definidos na supracitada legislação, de que a assistência às pessoas deve ser dispensada por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das **atividades preventivas**;

CONSIDERANDO que as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim definidos na Lei Orgânica da Saúde, de que a integralidade de assistência deverá ser entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e **serviços preventivos e curativos**, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

CONSIDERANDO que o artigo 7º, inciso IX, alínea “a” da Lei federal nº 8.080/90 estabelece a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

CONSIDERANDO que a direção SUS é exercida, no município, pela Secretaria Municipal de Saúde, nos termos do art. 9º, III da Lei 8.080/09;

CONSIDERANDO que à direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde, como dispõe o art. 18, I da Lei 8.080/90;

CONSIDERANDO que a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo considerada, no âmbito internacional, como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

CONSIDERANDO que a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 prioriza o fortalecimento da atenção básica estabelecendo objetivos de consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios e ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos;

CONSIDERANDO que o Decreto nº 7.508/ 2011 (regulamento da Lei federal nº 8.080/90), estabelece que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde das Redes de Atenção à Saúde, se inicia pelas Portas de Entrada do SUS, dentre elas compreendendo a Atenção Primária, e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço, artigo 8º;

CONSIDERANDO que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela **atenção primária** e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e do coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente, nos termos do artigo 11 do mesmo decreto;

CONSIDERANDO que a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 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);

CONSIDERANDO que a consolidação da Estratégia Saúde da Família constitui forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas.

CONSIDERANDO que os dados do Ministério da Saúde apontam que, pelo menos 85% dos problemas de saúde da população brasileira podem ser resolvidos no âmbito da atenção básica;

CONSIDERANDO que a Atenção Básica/Primária, reformulada pela PNAB, constitui o primeiro nível de atenção à saúde, e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a **promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde** com o objetivo de desenvolver uma **atenção integral** que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

CONSIDERANDO que todos os níveis de atenção assumem papel igualmente relevante, todavia a atenção primária deve ser priorizada, tendo em vista que possibilita uma melhor organização e funcionamento tanto dos serviços da atenção básica como da média e alta complexidade. Uma atenção básica bem estruturada faz com que se reduzam filas nos prontos-socorros e hospitais, além de se

evitar o consumo abusivo de medicamentos e gasto indiscriminado com equipamentos de alta tecnologia.

CONSIDERANDO que a PNAB estabelece, dentre as competências das Secretarias Municipais de Saúde, a inserção da estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como **estratégia prioritária** de organização da atenção básica, cujo incentivo é responsabilidade comum de todas as esferas de governo.

CONSIDERANDO a Portaria MS/GM nº 3.462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010, que estabelece os critérios para a alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde;

CONSIDERANDO que a alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos sistemas é de responsabilidade dos Estados, municípios e do Distrito Federal, conforme a gestão dos estabelecimentos, nos termos da Portaria MS/GM nº 3.462/2010, artigo 2º, parágrafo 2º;

CONSIDERANDO a Portaria MS/GM nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria MS/GM nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável);

CONSIDERANDO que a Portaria nº 535, de 3 de Abril de 2013 altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);

CONSIDERANDO a diretriz do Governo Federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção;

CONSIDERANDO a Portaria nº 2.073/GM/MS, de 31 de agosto de 2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar;

CONSIDERANDO a Portaria nº 2.554/GM/MS, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

CONSIDERANDO não haver contrapartida financeira pelos municípios que vierem a aderir ao PMAQ-AB, antes o cumprimento dos indicadores de saúde que potencializam o acesso e a qualidade da Atenção Básica;

CONSIDERANDO que, a partir da adesão, as equipes passam a receber 20% do recurso total designado a cada equipe participante do programa (Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF e CEO).

CONSIDERANDO a possibilidade de adesão de todas as equipes de saúde da Atenção Básica, para o III Ciclo do PMAQ-AB, na forma de universalização ao acesso;

CONSIDERANDO o papel fundamental do Gestor SUS na articulação e contratualização junto às equipes de saúde da Atenção Básica, para os fins de sua adesão ao PMAQ-AB. A adesão do município gera Termo de Compromisso Municipal (TCM) e a contratualização com as equipes de saúde o denominado Termo de Compromisso Específico, devendo este ser assinado pelo responsável em cada equipe de saúde;

CONSIDERANDO o Projeto do Conselho Nacional do Ministério Público *“O Ministério Público na Defesa do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*

em Saúde”, cujo objetivo específico, detalhado no supracitado ementário, foi definido democraticamente por meio da participação do Ministério Público Brasileiro;

CONSIDERANDO que o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, nos termos do art. 127, caput, da Constituição da República;

CONSIDERANDO que é função institucional do Ministério Público zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia, consoante dispõe o art. 129, II da Constituição da República;

Considerando ser o Ministério Público órgão agente da fiscalização da gestão pública de saúde, assim definido na Seção IV, Capítulo IV da Lei Complementar federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012;

CONSIDERANDO que o artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625/1993 (Lei Orgânica nacional do MP) faculta ao Ministério Público expedir recomendação administrativa aos órgãos da administração pública federal, estadual e municipal;

CONSIDERANDO que o artigo 6º inciso XX da Lei Complementar 75/1993, aplicável por força do previsto no artigo 80 da Lei 8.625/1993, dispõe que compete ao Ministério Público expedir recomendações, visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito, aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável para a adoção das providências cabíveis;

CONSIDERANDO que o art. _____ da Lei Complementar estadual _____ prevê que, no exercício de suas atribuições, o Ministério Público poderá fazer recomendações, visando à melhoria dos serviços públicos e dos serviços de relevância pública;

RESOLVE expedir a presente **RECOMENDAÇÃO** ao Prefeito Municipal de _____ Senhor (a) _____ e respectiva Secretária Municipal de Saúde, Órgão Gestor do SUS, Senhor (a) _____, bem como a quem venha lhe suceder ou substituir no seu respectivo cargo, que providenciem a adoção das seguintes providências:

(1) Que, no exercício de suas atribuições, adotem as providências administrativas necessárias, sob as penas da lei, junto a todas suas equipes de saúde da Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família, UBS, NASF, Saúde Bucal, etc) visando a adesão do município e das respectivas equipes de saúde ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, competência 2015/2016 - III Ciclo, caso não tenha sido feito, na forma dos critérios objetivos recomendados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS).

(2) Que as Equipes de Saúde do município, avaliadas como “Insatisfatórias” ou “Descredenciadas” pelo DAB/SAS/MS, referente aos ciclos I e II do PMAQ-AB, cumpram devidamente os respectivos indicadores de saúde visando à qualificação adequada da assistência, com obrigatória comunicação para este Órgão de Execução.

(3) Assina-se o prazo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento da presente Recomendação, para que as autoridades supracitadas possam comunicar ao Ministério Público, sob as penas da lei, quanto à adoção das providências adotadas na espécie, inclusive para os fins de planejamento e cronograma dessa estratégia.

(4) Cópia da Recomendação será enviada, para ciência, do Conselho Municipal de Saúde, Câmara Municipal de Vereadores e COSEMS.

_____ de outubro de 2014.

Promotor(a) de Justiça/Procurador

MATRIZ DE PLANEJAMENTO PARA AUDITORIA OPERACIONAL COORDENADA NA ATENÇÃO BÁSICA
Tribunais de Contas Estaduais e Municipais

- **Problema de auditoria:** A atenção básica à saúde é a porta preferencial de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e possibilita a resolução da maioria dos problemas de saúde da população. Considerando a importância desse nível de atenção para o sistema de saúde, o Tribunal de Contas da União, juntamente com outros 28 Tribunais de Contas brasileiros, firmaram um acordo de cooperação técnica para avaliar a qualidade dos atendimentos prestados por Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são as unidades relacionadas a esse nível de atenção. Inúmeros trabalhos de auditoria identificaram problemas na atenção básica, os quais se mostram recorrentes, afetando a qualidade dos serviços prestados por meio das UBS. Tais fragilidades demonstram que a gestão da atenção básica, nas três esferas de governo, não está garantindo a qualidade dos serviços à população. Assim, optou-se por avaliar se a gestão exercida está alinhada com as boas práticas de governança, bem como com a Política Nacional de Atenção Básica.
- **Objetivo geral da auditoria:** Identificar os principais problemas que afetam a qualidade da cadeia de serviços de atenção básica oferecidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), independentemente dos programas implementados em cada unidade avaliada, com foco na resolutividade, no acesso, no atendimento e na estrutura, bem como avaliar as ações governamentais que procuram eliminar ou mitigar suas causas.

EIXO I: GESTÃO DE PESSOAS

1. Como as Secretarias de Saúde atuam para promover a alocação/permanência, a formação e a educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica?					
<i>Critérios: PNAB, 3.1, VI; PNAB, 3.3, X e XI (estadual); PNAB, 3.4, VIII (municipal); Lei 8.080/90, art. 15, inc. IX; art. 17, inc. III (estadual).</i>					
Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimento de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
<p>A1/C1/D1. Levantamento/diagnóstico atual (2014) das necessidades de alocação de pessoal das unidades de atenção básica (<i>exemplo - quantidades de UBS no município; quantidade de profissionais prevista, lotação e carência, especificando categoria profissional/especialidade e vínculo empregatício – efetivos e temporários; população coberta e perfil epidemiológico</i>).</p> <p>A2/B1. População do município, relação das UBS (com endereço) e a respectiva população atendida. (A2, B1)</p> <p>B2. Relação de pessoal (médico, enfermeiro e ACSs) que atua na atenção básica com seus respectivos dados funcionais (vínculo empregatício, formação, cargo/função). (B2, B3)</p> <p>B3. Quantitativo de profissionais de saúde atuando na área administrativa dos municípios visitados.</p> <p>C2. Razões que influenciam a permanência dos profissionais da atenção básica (médicos, enfermeiros e ACS) das UBS visitadas.</p> <p>C3. Mecanismos utilizados para acompanhamento da rotatividade (<i>turnover</i>) dos profissionais que atuam na atenção básica.</p>	<p>Secretários Municipais de Saúde/ Gestores da Atenção Básica das SMS (reuniões da CIR). (A1, B1, B2, B3, C1, C2, C3, C4, D1, D2, D5, E3, E4, F3, F4, F5)</p> <p>Censo populacional. (A2, B1)</p> <p>Profissionais da atenção básica (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde das UBS visitadas). (C2, D5, E3, F3)</p> <p>Gestor das UBS visitadas. (C2, D5, E3, F3)</p> <p>Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de planejamento. (D2)</p> <p>Plano Estadual de Saúde e outros instrumentos de planejamento. (D2)</p> <p>Comissão Permanente de</p>	<p>Ofício de requisição à SES e/ou às CIES e/ou às SMS visitadas. (A1, A2, B1, B2, B3, C1, C3, C4, D1, D2, D3, D4, E1, E2, E4, F1, F2, F4, F5)</p> <p>Questionário presencial ou eletrônico junto ao Secretário Municipal de Saúde. (A1, B3, C1, C2, C3, C4, D1, D2, D5, E3, E4, F3, F4, F5)</p> <p>Entrevistas com profissionais da AB e gestores das UBS visitadas (C2, D5, E3, F3)</p>	<p>Análise documental do diagnóstico das necessidades de alocação/permanência e da formação e educação permanente dos profissionais da atenção básica. (A1, A2, D2)</p> <p>Análise descritiva a partir da tabulação dos questionários. (A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, C3, C4, D1, D2, D5, E3, E4, F3, F4, F5)</p> <p>Comparação entre a cobertura de UBS e a composição das equipes e as diretrizes da PNAB. (B1, B2, B3)</p> <p>Comparação entre o diagnóstico elaborado pela SMS e as ações que visam à alocação, permanência, formação e educação permanente dos profissionais da atenção básica. (C1, C4, D1, D2, D3, D4, D5, E1, E2, E3, E4, F1, F2)</p> <p>Análise documental dos normativos e documentos técnicos das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde na área de atenção básica. (E1, E4)</p>	<p>Volume elevado de normas e documentos para análise.</p> <p>Desatualização da lista de e-mails dos gestores para aplicação do questionário eletrônico.</p> <p>Intempestividade no encaminhamento das respostas das SES e SMS para as informações solicitadas.</p> <p>Não envio de documentos solicitados às SES e SMS.</p> <p>Baixa taxa de resposta dos questionários.</p>	<p>A) Se a gestão municipal conhece as necessidades de alocação de pessoal (<u>necessidades da população</u>)</p> <p>B) Se a alocação dos profissionais da atenção básica está de acordo com o preconizado pela PNAB.</p> <p>C) Se existem ações sob a responsabilidade das SMS para promover a alocação e permanência dos profissionais da saúde da atenção básica (incentivos).</p> <p>D) Se as SES/SMS possuem e utilizam mecanismos adequados para identificar a carência de capacitação dos profissionais envolvidos na atenção básica, inclusive, contemplando as especificidades epidemiológicas de cada região de saúde.</p> <p>E) Se os secretários municipais, gestores municipais da atenção básica (nível intermediário), gestor da UBS e profissionais da saúde que atuam nas UBS recebem capacitação para o</p>

Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimento de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
<p>C4. Instrumentos que visem à alocação e permanência dos profissionais em seus postos de trabalho (Plano de Cargos Carreira e Remuneração; Concursos para profissionais da Atenção Básica e Plano Municipal de Saúde, entre outros).</p> <p>D2. Levantamento/diagnóstico atual (2014) das necessidades de formação e educação permanente em saúde para gestores e profissionais de saúde, inclusive, considerando o perfil epidemiológico de cada região de saúde.</p> <p>D3/E1/F1. Diretrizes estadual e/ou municipais para a capacitação e educação permanente.</p> <p>D4/E2/F2. Relação de cursos programados e realizados para os gestores e profissionais de saúde na área de atenção básica. (2012 e 2014). <i>(relação e formação de instrutores, carga horária, período de realização, modalidade, instituição promotora, identificação dos inscrites e concluintes, periodicidade de oferta)</i></p> <p>D5/E3/F3. Percepção dos secretários municipais, gestores e profissionais de saúde sobre a tempestividade, aplicabilidade e suficiência das capacitações oferecidas pela SES e/ou SMS.</p> <p>E4/F4. Instrumentos técnicos e pedagógicos estaduais que orientem e facilitem o processo de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica (cartilhas, protocolos).</p> <p>F5. Instrumentos de articulação entre as secretarias estadual e municipais de saúde na formação e educação permanente de gestores e profissionais de saúde.</p>	<p>Integração, Ensino e Serviço (CIES). (D2) <i>A CIES é uma Comissão Regional ligada à CIR, que possuem a competência de formação e capacitação com recurso recebido do MS para tal função, seria pesquisa documental.</i></p> <p>Plano anual de capacitação em saúde básica. (D2, D4, E2, F2)</p> <p>Normativos e documentos técnicos elaborados pelas SES/SMS na área da atenção básica. (D3, E1, F1)</p>		<p>Análise qualitativa das entrevistas. (C2, D5, E3, F3)</p> <p>Análise documental dos instrumentos de articulação entre a SES e as SMS na formação e educação permanente de gestores e profissionais de saúde. (F5)</p>	<p>Dificuldade realização das entrevistas.</p>	<p>desempenho de suas funções, e se as consideram aplicáveis, de qualidade e na periodicidade satisfatória.</p> <p>F) Se há articulação entre a SES e as SMS no processo de capacitação e formação dos gestores e profissionais de saúde envolvidos com a atenção básica.</p>

EIXO II: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

2. Os estados e municípios possuem estrutura, indicadores e suporte de TI, de forma que o sistema de monitoramento e avaliação possa contribuir para o aprimoramento da gestão?

Critérios: Lei 8.080/90, Art. 15, I, III, IV, Art. 17, II, XIV; Decreto 7.508/11, Seção II (COAP); PNAB, 3.1, VIII, IX, X, 3.3, V, VI, VII, VIII, XII, 3.4, XIII, XV.

Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimento de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
<p>A1. Estrutura organizacional das SES/SMS para o monitoramento e avaliação dos indicadores da atenção básica.</p> <p>A2. Quantitativo de pessoal (alocação atual e critérios de dimensionamento) para monitoramento e avaliação de indicadores da atenção básica.</p> <p>A3/B1. Dados de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Estado ou Município.</p> <p>B2. Relação dos indicadores (universais, específicos e/ou próprios / área fim e/ou meio) utilizados para avaliar e monitorar a gestão e a qualidade dos serviços prestados pela atenção básica.</p> <p>B3. Regras que definem a relação entre os indicadores e os instrumentos de planejamento.</p> <p>C1/D1. Necessidade de infraestrutura (equipamentos, softwares, conectividade de banda larga) de TI das SES/SMS para avaliação e monitoramento da atenção básica.</p> <p>C2. Relação dos sistemas de TI desenvolvidos e implementados para monitoramento e avaliação da atenção básica.</p> <p>C3. Percepção quanto à suficiência do suporte de TI para monitoramento e avaliação da atenção básica.</p> <p>E1. Ações planejadas para atendimento das necessidades de TI.</p>	<p>SES/SMS (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2, D1, E1)</p> <p>Relatórios de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Estado ou Município. (A3, B1)</p> <p>Sistemas informatizados. (B1)</p> <p>Normativo interno da SES/SMS estabelecendo a relação entre os indicadores estabelecidos e os instrumentos de planejamento. (B3)</p> <p>Planos de Saúde, Programações Anuais e Relatórios de Gestão do ano de 2013 das SES/SMS. (B1, B3)</p> <p>Gestores das SES/SMS. (A1, A2, B3, C1, D1)</p> <p>Equipes de monitoramento e avaliação das SES/SMS. (A1, A2, C3)</p> <p>Profissionais de saúde atuantes nas UBS visitadas. (C3)</p> <p>Planejamento de TI em relação aos sistemas de monitoramento e avaliação. (E1)</p>	<p>Ofício de requisição à SES e às SMS visitadas (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2, D1, E1)</p> <p>Extração de dados informatizados para obter a relação dos indicadores e a base histórica dos indicadores a serem avaliados. (A3, B1)</p> <p>Pesquisa de informações disponibilizadas nos sites da SES/SMS/MS. (A1, A3, B1, B2)</p> <p>Entrevistas com os gestores e/ou com membros das equipes de monitoramento e avaliação das SES e SMS visitadas (A1, A2, A3 B1, B3, C3)</p> <p>Questionários eletrônicos /entrevista estruturada com os gestores estaduais das regionais. (A1, A2, A3, B1, B3, C1/D1, C3)</p> <p>Questionários eletrônicos /entrevista estruturada com os gestores municipais (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2, C3, D1, E1)</p> <p>Questionários/Entrevista com gestor das UBS visitadas. (C3)</p>	<p>Análise documental da estrutura organizacional. (A1)</p> <p>Análise descritiva a partir da tabulação dos questionários. (A1, A2, B3, C1, C3, D1)</p> <p>Análise qualitativa das entrevistas (A1, A2, B3)</p> <p>Análise de conteúdo das questões abertas dos questionários (A1, A2, A3, B1, B3, C1, D1)</p> <p>Triangulação dos dados de estrutura para avaliação e monitoramento obtidos por entrevistas e requisições com relatórios de monitoramento e avaliação. (A1, A2, A3)</p> <p>Análise documental dos normativos e estudos do MS/SES/SMS estabelecendo a relação entre os indicadores utilizados e os instrumentos de planejamento. (B2, B3)</p> <p>Análise qualitativa do Portfólio de Indicadores das SES/SMS (B2)</p> <p>Triangulação dos dados obtidos nos sistemas informatizados com os relatórios de monitoramento e avaliação. (B1, B2)</p> <p>Análise qualitativa do diagnóstico da infraestrutura de TI. (C1, D1)</p> <p>Análise qualitativa das entrevistas com gestores (C1, D1).</p> <p>Triangulação do diagnóstico das necessidades fornecido pela SES com dados obtidos junto às equipes de monitoramento e avaliação e</p>	<p>Falta de acesso à lista de e-mails dos gestores e profissionais para aplicação do questionário eletrônico.</p> <p>Tempo de resposta dos gestores e profissionais para os questionários.</p> <p>Baixa taxa de resposta dos questionários.</p> <p>Precariedade do estudo de demanda das necessidades de TI.</p>	<p>A) Se as SES/SMS possuem estrutura e equipe técnica específicas para monitoramento e avaliação de indicadores.</p> <p>B) Se as SES/SMS utilizam indicadores (universais, específicos e/ou próprios / área fim e/ou meio) no monitoramento e na avaliação da atenção básica.</p> <p>C) Se a estrutura de TI é suficiente para sistemática de monitoramento e avaliação da atenção básica.</p> <p>D) Se existe diagnóstico da infraestrutura de TI necessária para monitoramento e avaliação da atenção básica, e se ele reflete as necessidades demandadas.</p> <p>E) Se o planejamento de TI contempla as necessidades da sistemática de monitoramento e avaliação da atenção básica.</p>

Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimento de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
			profissionais de saúde quanto à suficiência do suporte de TI (C3) Análise qualitativa do planejamento de TI para identificação da sistemática de monitoramento e avaliação da atenção básica. (E1) Análise qualitativa e descritiva dos dados tabulados a partir da observação direta (C1, D1)		

EIXO III: PLANEJAMENTO

3. O processo de planejamento da atenção básica (AB) reflete as necessidades da população, considera a articulação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde e dispõe de recursos financeiros das três esferas federativas?

Subquestões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimento de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
<p>3.1(abordagem estadual) O planejamento das ações estaduais voltadas à atenção básica possui coerência com as necessidades de saúde da população?</p> <p><i>Crítérios:</i> <i>Lei nº 8.080/90, art. 17, II, III e IV, a;</i> <i>Lei nº 8.142/11, art. 1º, § 2º;</i> <i>PNAB, 3.1, V e VIII;</i> <i>PNAB, 3.3, V;</i> <i>Decreto 7.508/11, art. 15;</i> <i>Decreto 7.508/11, art. 17;</i> <i>Decreto 7.508/11, art. 18;</i> <i>Decreto 7.508/11, art. 36, I</i></p>	<p>A1/B1. Diagnóstico contendo o levantamento das necessidades de saúde da população na AB (mapa de saúde).</p> <p>B2. Planos e ações estaduais voltados à AB.</p> <p>B3. Percepções dos conselheiros estaduais sobre o processo de elaboração do planejamento das ações estaduais voltadas para a AB.</p> <p>C1. Ações desenvolvidas pelo Estado com o objetivo de apoiar os municípios no processo de levantamento das necessidades de saúde da AB.</p> <p>D1. Mecanismos de articulação utilizados pela SES e municípios para o alinhamento dos planejamentos de saúde da AB (pactos, acordos, convênios provenientes dos encontros das CIBs e CIR, Conferência de Saúde).</p>	<p>Estudos, normativos, e/ou procedimentos utilizados pela SES para a identificação das necessidades de saúde relacionadas à atenção básica. (A1, B1, B2, C1, D1)</p> <p>Plano Estadual de Saúde. (B2)</p> <p>Gestores estaduais de saúde. (A1, B1, C1, D1)</p> <p>Atas ou normativos expedidos pelas CIB e/ou CIR (resoluções, deliberações). (C1, D1)</p> <p>Conselho Estadual de Saúde. (B3)</p>	<p>Ofício de requisição para a SES. (A1, B1, B2, C1, D1)</p> <p>Entrevista com gestores estaduais. (A1, B1, C1, D1)</p> <p>Entrevista com conselheiros estaduais. (B3)</p>	<p>Análise documental dos normativos, estudos, planos, deliberações. (A1, B1, B2, C1, D1)</p> <p>Análise qualitativa das entrevistas. (A1, B1, B3, C1, D1)</p> <p>Triangulação dos dados (normativos, estudos, planos e deliberações, entrevistas com gestores e conselheiros estaduais). (A1, B1, B2, B3, C1, D1)</p>	<p>Dificuldade de acesso aos conselheiros estaduais.</p>	<p>A) Se a SES conhece a necessidade de saúde da população na Atenção Básica.</p> <p>B) Se o planejamento da SES é baseado em estudos e em informações consistentes para identificar as necessidades de saúde da atenção básica.</p> <p>C) Se a SES tem prestado apoio aos municípios para o levantamento das necessidades de saúde da população na Atenção Básica.</p> <p>D) Se existe articulação entre a SES e os municípios no processo de planejamento da Atenção Básica.</p>
<p>3.1(abordagem municipal) O planejamento das ações municipais voltadas à atenção básica possui coerência com as necessidades de saúde da população?</p> <p><i>Crítérios:</i> <i>Lei nº 8.080/90, art. 17, II, III e IV, a; art. 18 I, II e IV, a;</i> <i>PNAB, 3.1, V e VIII;</i> <i>PNAB, 3.3, V;</i> <i>PNAB, 3.4, XII e XIII;</i> <i>Decreto 7.508/11, art. 15;</i> <i>Decreto 7.508/11, art. 17;</i> <i>Decreto 7.508/11, art. 18;</i> <i>Decreto 7.508/11, art. 36, I</i></p>	<p>A1. Diagnóstico (levantamento / estudos) utilizado pelas SMS que identifique as necessidades de saúde relacionadas à AB (contemplando as áreas descobertas).</p> <p>B1. Requisitos, informações e procedimentos utilizados para o levantamento das necessidades de saúde na AB.</p> <p>B2/D1. Percepção dos gestores locais sobre as ações de planejamento do município voltadas à AB (secretário municipal de saúde e gestor da UBS).</p> <p>B3. Planos e ações municipais voltados a AB.</p> <p>B4. Mecanismos de comunicação entre usuários e a SMS.</p> <p>B5. Percepções dos conselhos de saúde sobre o processo de elaboração do planejamento das ações voltadas para AB.</p>	<p>Estudos, normativos, procedimentos, relatórios de monitoramento e/ou de auditoria utilizados pela SMS para a identificação das necessidades de saúde relacionadas à atenção básica. (A1, B1)</p> <p>Normativos e documentos técnicos elaborados e/ou utilizados pelas SMS, estabelecendo os requisitos e os procedimentos para o levantamento das necessidades de saúde na AB. (B1)</p> <p>Atas ou normativos expedidos pelas CIB e/ou CIR (resoluções, deliberações). (A1, B1)</p>	<p>Ofício de requisição para as SMS visitadas. (A1, B1, B3, B4, D2, D3)</p> <p>Entrevista com gestores municipais de saúde das SMS visitadas. (A1, B1, B2, B4, C1, D1, D2, D3)</p> <p>Entrevistas com gestores das UBS visitadas (B2, D1, D2, D3)</p> <p>Entrevista com conselheiros de saúde dos municípios visitados. (B5)</p> <p>Questionário</p>	<p>Análise documental dos normativos, estudos, planos, deliberações. (A1, B1, B3, B4, D2, D3)</p> <p>Análise qualitativa das entrevistas. (A1, B1, B2, B4, B5, C1, D1, D2, D3)</p> <p>Análise descritiva a partir da tabulação dos questionários. (A1, B1, B2, B4, C1, D1, D2, D3)</p> <p>Triangulação dos dados (normativos, estudos, planos e deliberações, entrevistas com gestores e conselheiros municipais). (A1, B1, B2, B4, B5, C1, C2, D1, D2, D3)</p>	<p>Dificuldade de acesso aos conselheiros municipais.</p> <p>Falta de acesso à lista de e-mails dos gestores para aplicação do questionário eletrônico.</p> <p>Tempo de resposta dos gestores para os questionários.</p> <p>Baixa taxa de resposta dos questionários.</p>	<p>A) Se as SMS dispõem de metodologia formal para levantamento das necessidades de saúde da população na Atenção Básica.</p> <p>B) Se o planejamento das SMS é baseado em estudos e em informações consistentes e atualizadas, para identificar as necessidades de saúde da atenção básica.</p> <p>C) Se as SMS têm recebido apoio da SES para o levantamento das necessidades.</p> <p>D) Se existe apoio das SMS às UBS para levantamento das necessidades de saúde da</p>

Subquestões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimento de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
	<p>C1. Percepção dos gestores municipais em relação ao apoio do Estado no processo de planejamento em relação à AB.</p> <p>D2. Mecanismos de comunicação entre a SMS e os gestores das UBS.</p> <p>D3. Ações desenvolvidas pelas SMS destinadas ao apoio às UBS no processo de levantamento das necessidades de saúde da AB.</p>	<p>Relatórios das Conferências de Saúde. (A1, B1)</p> <p>Conselhos Municipais de Saúde. (B5)</p> <p>Gestores municipais de saúde. (A1, B1, B2, B3, B4, C1, D1, D2, D3)</p> <p>Gestores das UBS visitadas. (B2, D1, D2, D3)</p>	<p>eletrônico com gestores municipais de saúde. (A1, B1, B2, B4, C1, D1, D2, D3)</p>			população.
<p>3.2 As Secretarias Estadual/ Municipal de Saúde atuam para garantir a articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção?</p> <p><i>Crítérios:</i> <i>Lei nº 8.080/90, art. 15, XVIII; art. 17, II, III, IX e X; art. 18 II;</i></p> <p><i>PNAB, 2, III;</i> <i>PNAB, 3.1, I, V, VIII, IX</i> <i>PNAB, 3.3, I, V;</i> <i>PNAB 3.4, I, XII, XIV;</i></p> <p><i>Decreto 7.508/11, art. 3, 8, 13, 33, 39.</i></p>	<p>A1. Competência dos entes federativos/unidades administrativas nas ações de articulação entre atenção básica com os demais níveis de atenção.</p> <p>A2. Medidas das SES/SMS para promover o avanço do processo de articulação da AB com os demais níveis de atenção.</p> <p>A3/B1. Acordos de colaboração firmados entre os entes federativos/unidades administrativas.</p> <p>B2. Fluxos estabelecidos para referência e contrarreferência e os mecanismos de regulação estadual/municipal.</p> <p>B3. Percepção dos gestores estaduais e municipais de saúde, profissionais da AB, sobre as dificuldades no funcionamento dos mecanismos de referência e contrarreferência.</p>	<p>Normativos e documentos técnicos que estabeleçam os mecanismos de articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção. (A1, A2, A3, B1, B2)</p> <p>Atas ou normativos expedidos pelas CIB e/ou CIR (resoluções e deliberações). (A1, A2, A3, B1, B2, B3)</p> <p>Protocolos e instrumentos que determinem os fluxos de referência e contrarreferência e mecanismos de regulação. (B2)</p> <p>Gestores estaduais de saúde, gestores municipais de saúde (COSEMS), profissionais da atenção básica (A1, A2, A3, B1, B2, B3)</p>	<p>Ofício de requisição acerca de informações para a SES e SMS visitadas, bem como para a Comissão Intergestora (CIB/CIR). (A1, A2, A3, B1, B2)</p> <p>Entrevistas com os gestores da SES e das SMS visitadas. (A1, A2, B2, B3)</p> <p>Entrevistas com os profissionais da atenção básica. (A2, B2, B3)</p> <p>Pesquisa de informações disponibilizadas no site do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde. (A1, A2, A3, B1, B2)</p> <p>Questionário com os gestores municipais. (A1, A2, A3, B1, B2, B3)</p>	<p>Análise documental dos normativos e documentos técnicos. (A1, A2, A3, B1, B2)</p> <p>Análise qualitativa das medidas das SES/SMS para promover o avanço do processo de articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção. (A1, A2, A3, B1)</p> <p>Análise qualitativa dos dados sobre referência, contrarreferência e regulação para identificar o nível de articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção. (A3, B1, B2)</p> <p>Triangulação dos dados obtidos junto aos gestores estaduais e municipais de saúde, e profissionais das UBS. (A1, A2, A3, B1, B2, B3)</p> <p>Análise descritiva dos dados obtidos nas entrevistas e nos questionários. (A1, A2, A3, B1, B2, B3)</p>	<p>Dificuldades na extração ou inexistência de dados sobre referência, contrarreferência e regulação.</p> <p>Tempo de resposta dos gestores para os questionários.</p> <p>Baixa taxa de resposta dos questionários.</p> <p>Coincidência do período de auditoria com o período eleitoral.</p>	<p>A) Se as SES/SMS promovem as articulações para a implementação e aperfeiçoamento dos mecanismos de articulação da atenção básica com os demais níveis de atenção.</p> <p>B) Se as SES/SMS contribuem para que a Atenção Básica seja a coordenadora do cuidado à saúde.</p>
<p>3.3(abordagem estadual) De que forma o Estado tem contribuído para o financiamento tripartite da AB?</p> <p><i>Crítérios:</i> <i>Lei nº 8.080, art. 15, II, X;</i></p>	<p>A1/B1. Volume dos recursos repassados pelo Estado aos municípios a título de financiamento tripartite (direta ou indiretamente).</p> <p>A2/B2. Detalhamento dos gastos do Estado com a saúde na área de AB (registros contábeis).</p>	<p>Relatórios/Sistemas de informações orçamentárias e financeiras do Estado e Municípios. (A1, A2, B1, B2)</p> <p>Plano Estadual de Saúde. (A1, A2, B1, B2)</p>	<p>Consulta a sistemas de informações. (A1, A2, B1, B2)</p> <p>Ofícios de requisição de documentos à SES. (A1, A2, B1, B2, C1, C2)</p>	<p>Análise quantitativa do montante dos recursos destinados à atenção básica. (A1, A2, B1, B2)</p> <p>Análise descritiva dos dados obtidos nas entrevistas. (A1, A2, B1, B2, C1, C2)</p>	<p>- Registros contábeis inadequados que impossibilitam a identificação da correta alocação dos</p>	<p>A) Se o Estado tem repassado valores compatíveis com as obrigações previstas na PNAB, nos Planos Estaduais de Saúde e demais normativos.</p>

Subquestões de Auditoria	Informações Requeridas	Fontes de Informação	Procedimentos de coleta de dados	Procedimento de análise de dados	Limitações	O que a análise vai permitir dizer
<p>LC nº 141/12, art. 32; Portaria STN/SOF nº 1/2012; Portaria STN nº 673/12 e 437/12; PNAB, 3.1, IV; PNAB, 3.3, II, IV, VI, VIII, X e XII; Decreto nº 7.508/11, art. 35; Decreto nº 7.508/11, art. 36; Decreto nº 7.508/11, art. 39; Decreto nº 7.508/11, art. 41; Portaria nº 4.279/10</p>	<p>C1. Metodologia e critérios de transferência dos recursos financeiros do Estado aos Municípios. C2. Dados sobre os acordos de colaboração firmados entre o Estado e os Municípios relacionados ao financiamento da AB.</p>	<p>Normativos que definam o financiamento da AB. (A1, A2, B1, B2, C1) Sistemas de informações do Ministério da Saúde (SIOPS, Portal da Transparência). (A1, A2, B1, B2) Gestores estaduais de saúde. (A1, A2, B1, B2, C1, C2) Conselho Estadual de Saúde. (A1, A2, B1, B2, C1, C2) Atas ou normativos expedidos pelas CIB e/ou CIR (resoluções, deliberações). (C2)</p>	<p>Entrevistas com gestores da Secretaria Estadual (Coordenador do DAB, Gestor do Fundo e Contador) e membros do Conselho. (A1, A2, B1, B2, C1, C2)</p>	<p>Triangulação dos dados (legislação, demonstrativos contábeis, sistemas de informações obtidas por meio das entrevistas). (A1, A2, B1, B2, C1, C2) Análise documental. (A2, B2, C1, C2)</p>	<p>recursos.</p>	<p>B) Se há transparência na alocação dos recursos destinados à atenção básica. C) Se os recursos repassados pelo Estado possuem critérios e se estes são pactuados em CIB e/ou CIR.</p>
<p>3.3 (abordagem municipal) De que forma o Município tem contribuído para o financiamento tripartite da AB? Critérios: Lei nº 8.080, art. 15, II, X; LC nº 141/12, art. 32; Portaria STN/SOF nº 1/2012; Portaria STN nº 673/12 e 437/12; PNAB, 3.1, IV; PNAB, 3.4, II e III; (municipal); Decreto nº 7.508/11, art. 35; Decreto nº 7.508/11, art. 36; Decreto nº 7.508/11, art. 39; Decreto nº 7.508/11, art. 41; Portaria nº 4.279/10</p>	<p>A1/B1. Volume dos recursos repassados pela União e pelo Estado aos municípios a título de financiamento tripartite (direta ou indiretamente). A2/B2. Volume dos recursos destinados pelo município a título de financiamento tripartite (direta ou indiretamente). A3/B3. Detalhamento dos gastos dos Municípios com a saúde na área de AB (registros contábeis). C1. Metodologia e critérios de transferência dos recursos financeiros do Estado aos Municípios. C2. Dados sobre os acordos de colaboração firmados entre o Estado e os Municípios relacionados ao financiamento da AB.</p>	<p>Relatórios/Sistemas de informações orçamentárias e financeiras do Estado e Municípios. (A1, A2, A3, B1, B2, B3) Planos Municipais de Saúde. (A1, A2, A3, B1, B2, B3) Normativos, documentos, deliberações que definam o financiamento da AB. (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1) Sistemas de informação do Ministério da Saúde (SIOPS, Portal da Transparência). (A1, A2, A3, B1, B2, B3) Gestores municipais de saúde. (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2) Conselho Municipal de Saúde. (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2) Atas ou normativos expedidos pelas CIB e/ou CIR (resoluções, deliberações). (C2)</p>	<p>Consulta a sistemas de informações. (A1, A2, A3, B1, B2, B3) Ofícios de requisição de documentos à SES e às SMS visitadas. (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2) Entrevistas com gestores das Secretarias Municipais (Secretário, Gestor do Fundo e Contador) e membros do Conselho. (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2)</p>	<p>Análise quantitativa do montante dos recursos destinados à atenção básica. (A1, A2, A3, B1, B2, B3) Análise descritiva dos dados obtidos nas entrevistas. (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2) Triangulação dos dados (legislação, demonstrativos contábeis e informações obtidas por meio das entrevistas). (A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2) Análise documental (A3, B3, C1, C2)</p>	<p>- Registros contábeis inadequados que impossibilitam a identificação da correta alocação dos recursos.</p>	<p>A) Se os municípios destinam recursos compatíveis com as obrigações previstas na PNAB, nos Planos Municipais de Saúde e demais normativos. B) Se há transparência na alocação dos recursos destinados à atenção básica. C) Se os recursos repassados pelo Estado possuem critérios e se estes são pactuados em CIB e/ou CIR.</p>

Anexo VI – Formulário para coleta de informações, junto ao Gestor SUS local, sobre a política da Atenção Básica.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MUNICIPAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO						
NOME DO MUNICÍPIO:		UF:		DATA DA VISITA:		
REGIÃO DE SAÚDE:			REGIÃO AMPLA:			
ENDEREÇO:		Nº:	BAIRRO:		CEP:	
NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE:						
NOME DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:						
TELEFONES:			E-MAIL:			
O SECRETÁRIO É GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE?				SIM []	NÃO []	
2. CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE						
2.1 POPULAÇÃO POR HABITANTES (IBGE):		MUNICIPAL:		URBANA:		RURAL:
2.2 NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE		URBANA		RURAL		
		SEDE DE EQUIPE	APOIO	SEDE DE EQUIPE	APOIO	
	PRÓPRIA					
	ALUGADA					
	CEDIDA					
	TOTAL					
2.3 HÁ DEMANDA POR INVESTIMENTOS NA INFRAESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES DE SAÚDE?				SIM []	NÃO []	
SE SIM, DESCREVA QUAL O QUANTITATIVO DE UBS QUE NECESSITAM DE REFORMA, AMPLIAÇÃO OU CONSTRUÇÃO?						
2.4 NA OPINIÃO DO MUNICÍPIO A ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES DE SAÚDE ESTÁ ADEQUADA PARA FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA EQUIPE?				SIM []	NÃO []	
SE NÃO, QUAIS AS PRINCIPAIS INADEQUAÇÕES ENCONTRADAS? (POR EXEMPLO: ACESSO À UBS, CONSERVAÇÃO GERAL DA INFRAESTRUTURA, TAMANHO DOS AMBIENTES, QUANTIDADE DOS AMBIENTES, INADEQUAÇÕES DE EQUIPAMENTOS).						
2.5 HÁ DEMANDA POR INVESTIMENTOS NA INFRAESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES DE SAÚDE?				SIM []	NÃO []	
SE SIM, QUAL O QUANTITATIVO DE UBS QUE NECESSITAM DE REFORMA, AMPLIAÇÃO OU CONSTRUÇÃO?						
2.6 NA OPINIÃO DO MUNICÍPIO A ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES DE SAÚDE ESTÁ ADEQUADA PARA FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DA EQUIPE?				SIM []	NÃO []	
SE NÃO, QUAIS AS PRINCIPAIS INADEQUAÇÕES ENCONTRADAS? (POR EXEMPLO: ACESSO À UBS, CONSERVAÇÃO GERAL DA INFRAESTRUTURA, TAMANHO DOS AMBIENTES, QUANTIDADE DOS AMBIENTES, INADEQUAÇÕES DE EQUIPAMENTOS).						

2.7 COBERTURA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	PERCENTUAL DE POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE APS (INCLUI EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E UNIDADES TRADICIONAIS):	
	PERCENTUAL DE POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA:	
	PERCENTUAL DE POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPES DE SAÚDE BUCAL:	
	PERCENTUAL DE POPULAÇÃO COBERTA POR EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DENTRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:	
2.8 CASO A COBERTURA SEJA MENOR QUE 100%, HÁ UM PLANEJAMENTO DO MUNICÍPIO PARA A AMPLIAÇÃO DE COBERTURA? QUAL A PREVISÃO?		
2.9 QUAL A MÉDIA DE POPULAÇÃO ATENDIDA POR EQUIPE DE SAÚDE?		
2.10 AS EQUIPES ESTÃO COMPLETAS?		SIM [] NÃO []
CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, QUAL(IS) PROFISSIONAL(IS) ESTÃO FALTANDO? QUAIS AS DIFICULDADES PARA CONTRATAÇÃO?		
2.11 QUAL O HORÁRIO DE ATENDIMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE?		
2.12 QUAIS AS FORMAS DE CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?		
3. GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE		
3.1 A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE POSSUI COORDENAÇÃO ESPECÍFICA PARA A APS?		SIM [] NÃO []
SE NÃO, QUAL OUTRO PROFISSIONAL DESEMPENHA A FUNÇÃO GERENCIAL NO NÍVEL DA SMS?		
3.2 A SMS POSSUI FERRAMENTAS QUE SINALIZEM O TERRITÓRIO MUNICIPAL, RECONHECENDO O TERRITÓRIO DE CADA EQUIPE DE SAÚDE, COM A IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS DESAFIOS APRESENTADOS A CADA EQUIPE?		
3.3 A SMS POSSUI UM LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO, COM DEMARCAÇÃO DOS PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE NO TERRITÓRIO?		
3.4 A SMS ESTABELECE DIÁLOGO COM AS EQUIPES DE SAÚDE DE FORAM A IDENTIFICAR E ESTABELECEER INDICADORES E METAS ASSISTENCIAIS DE CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZOS?		
3.5 A GESTÃO MUNICIPAL POSSUI PLANO DE AÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE PARA CUMPRIR OS INDICADORES TANTO DO PACTO PELA SAÚDE QUANTO OS DO PROGRAMA ESTRUTURADOR SAÚDE EM CASA?		SIM [] NÃO []
SE SIM, QUAIS AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS ADOTADAS?		
3.6 A SMS TEM SISTEMATIZADAS AS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA? COMO SE DÁ A ORGANIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DA APS NO MUNICÍPIO?		
3.7 AS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO POSSUEM VEÍCULO OFICIAL PARA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES EXTERNAS?		

3.8 A GESTÃO MUNICIPAL TEM DIFICULDADES DE ALIMENTAR OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COM REGULARIDADE E NOS PRAZOS ESTABELECIDOS?	SIM []	NÃO []
SE SIM, QUAIS AS DIFICULDADES ENCONTRADAS?		
<hr/>		
4. PARTICIPAÇÃO, CONTROLE SOCIAL E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO		
4.1 A GESTÃO MUNICIPAL MANTÉM ESTRATÉGIAS DE SENSIBILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO TRABALHO DESENVOLVIDO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA COMUNIDADE?	SIM []	NÃO []
SE SIM, QUAIS?		
<hr/>		
4.2 A GESTÃO MUNICIPAL DESENVOLVE INICIATIVAS DE INTEGRAÇÃO E PARCERIA COM SETORES PÚBLICOS E SOCIAIS DO MUNICÍPIO, INSTITUIÇÕES ACADÊMICAS, ENTRE OUTROS PARCEIROS?	SIM []	NÃO []
SE SIM, QUAIS?		
<hr/>		
4.3 A GESTÃO MUNICIPAL CONTA COM A PARTICIPAÇÃO DE REPRESENTANTES DE MOVIMENTOS SOCIAIS, CONSELHOS MUNICIPAIS E USUÁRIOS NO PROCESSO DE PLANEJAMENTO DO TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA?	SIM []	NÃO []
SE SIM, COMO A GESTÃO ARTICULA E PROMOVE A FORMAÇÃO DESSES ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO DESSES SEGMENTOS SOCIAIS?		
<hr/>		
4.4 A GESTÃO MUNICIPAL AVALIA O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS?	SIM []	NÃO []
SE SIM, LEVA EM CONSIDERAÇÃO CRÍTICAS E SUGESTÕES NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES?		
<hr/>		
4.5 QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA GESTÃO MUNICIPAL PARA OFERTA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE QUALIDADE?		
<hr/>		

Anexo VII – Formulário para coleta de informações, junto às Unidades Básicas de Saúde, sobre a execução da política da Atenção Básica. Recomendado apenas para as UBS avaliadas pelo PMAQ-AB como “desclassificadas” ou “insatisfatórias”.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO			
NOME DA UBS:		CADASTRO NO SCNES:	
ALVARÁ SANITÁRIO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL – VALIDADE:			
ENDEREÇO:	N°	BAIRRO:	CEP:
MUNICÍPIO:	TELEFONE:		FAX:
EMAIL:			
GERENTE:			N° CRM:
RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA VISTORIA:			
2. POPULAÇÃO ASSISTIDA			
2.1 QUANTIDADE DE USUÁRIOS ASSISTIDOS PELA UBS:			
2.2 NÚMERO DE EQUIPES DO PSF E DO NASF VINCULADAS A UBS (INDICANDO QUANTIDADE DA POPULAÇÃO ASSISTIDA POR CADA EQUIPE DO PSF E DO NASF):			
3. SERVIÇOS PRESTADOS			
3.1 QUAIS OS SERVIÇOS OFERECIDOS NA UBS?	SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	SIM []	NÃO []
	LABORATÓRIO	SIM []	NÃO []
	RX CONVENCIONAL	SIM []	NÃO []
	ULTRASSONOGRRAFIA	SIM []	NÃO []
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM []	NÃO []
	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	SIM []	NÃO []
	ECOCARDIOGRAFIA	SIM []	NÃO []
	MAMOGRAFIA	SIM []	NÃO []
	ENDOSCOPIA	SIM []	NÃO []
	CATETERISMO	SIM []	NÃO []
OUTROS:			
3.2 INDICAR OS FLUXOS DE ACESSO AOS SERVIÇOS OFERECIDOS PELA UBS:			
3.3 QUAIS TIPOS DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SÃO REALIZADOS NA UBS? APONTE OS RESPECTIVOS FLUXOS.			
3.4 HÁ SERVIÇO DE TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?		SIM []	NÃO []
SE SIM, QUAL A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE RESPONSÁVEL POR TAIS FUNÇÕES?			
3.5 HÁ EQUIPES DE APOIO (EQUIPES DE REFERÊNCIA)?		SIM []	NÃO []

SE SIM, QUAIS AS ESPECIALIDADES DOS INTEGRANTES DE TAIS EQUIPES E O NÚMERO DE PROFISSIONAIS POR ESPECIALIDADE DE CADA GRUPO?			
3.6 QUAL O HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA UBS? ESTE HORÁRIO ATENDE A CONTEUDO A POPULAÇÃO RESPECTIVAMENTE ASSISTIDA?			
3.7 QUAL A FORMA DE CONTROLE DO CUMPRIMENTO DO HORÁRIO DE TRABALHO PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE VINCULADOS A CADA UBS?			
3.8 ESTRUTURA GERENCIAL	POSSUI REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO?	SIM []	NÃO []
	POSSUI NORMAS E ROTINAS SETORIZADAS?	SIM []	NÃO []
	SE SIM, QUAIS SETORES?		
	POSSUI REGISTRO DE REUNIÕES CLÍNICAS?	SIM []	NÃO []
	POSSUI PROGRAMA DE TREINAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO DE PESSOAL?	SIM []	NÃO []
	SE SIM, QUAL A PERIODICIDADE?		
	POSSUI AÇÕES EDUCATIVAS JUNTO À POPULAÇÃO?	SIM []	NÃO []
	SE SIM, QUAL A PERIODICIDADE?		
	POSSUI RESIDÊNCIA MÉDICA?	SIM []	NÃO []
	SE SIM, QUAIS ESPECIALIDADES?		
	POSSUI ÁREAS TERCEIRIZADAS?	SIM []	NÃO []
	SE SIM, QUAIS?		
3.9 SERVIÇOS DE ARQUIVO MÉDICO	UBS POSSUI SISTEMA ELETRÔNICO DE CADASTRO DE INFORMAÇÕES DE USUÁRIOS VINCULADOS À UNIDADE?	SIM []	NÃO []
	UBS POSSUI PRONTUÁRIOS DE PACIENTES?	SIM []	NÃO []
	OS PRONTUÁRIOS SÃO PREENCHIDOS ADEQUADAMENTE, COM HISTÓRIA CLÍNICA, DIAGNÓSTICOS, PRESCRIÇÕES E EVOLUÇÕES CLÍNICAS?	SIM []	NÃO []
	AS ANOTAÇÕES SÃO LEGÍVEIS?	SIM []	NÃO []
	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO COM IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL?	SIM []	NÃO []
	COM DATA E HORÁRIOS?	SIM []	NÃO []
	OUTROS PROFISSIONAIS ANOTAM SUAS EVOLUÇÕES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE?	SIM []	NÃO []
	SE SIM, QUAIS?		
3.10 PRODUÇÃO ANUAL	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS		
	NÚMERO DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS		
	NUMERO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS		

	NÚMERO DE CONSULTAS DE OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
	NÚMEROS DE EXAMES ESPECIALIZADOS	

3.11 NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS POR ESPECIALIDADE - ANUAL	CLÍNICA MÉDICA	
	PEDIATRIA	
	GINECOLOGISTA	
	OFTALMOLOGISTA	
	OTORRINOLARINGOLOGISTA	
	PSIQUIATRA	
	CIRURGIÃO-GERAL	
	OUTROS:	

4. FARMÁCIA

4.1 HÁ REGISTRO DE PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS RESPONSÁVEIS PELA FARMÁCIA DA UBS?	SIM []	NÃO []
--	---------	---------

4.2 SE SIM, INDICAR NOMES E INSCRIÇÕES NO RESPECTIVO CONSELHO:

4.3 AVALIAR FORMAS DE MANUTENÇÃO DE ESTOQUES E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS/INSUMOS ADMINISTRADOS PELO SETOR DA FARMÁCIA DA UNIDADE BÁSICA:

4.4 APONTAR FORMA DE CONSERVAÇÃO DOS MEDICAMENTOS, INSUMOS E VACINAS PELA FARMÁCIA DE CADA UNIDADE BÁSICA:

4.5 OS MEDICAMENTOS PSICO-FÁRMACOS SÃO GUARDADOS EM ARMÁRIOS FECHADOS?	SIM []	NÃO []
---	---------	---------

4.6 HÁ REGISTRO, EM LIVRO OU POR MEIO ELETRÔNICO, DO MOVIMENTO DOS MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO CONTROLADA?	SIM []	NÃO []
---	---------	---------

4.7 HÁ CONTROLE DAS DATAS DE VENCIMENTOS DOS MEDICAMENTOS ESTOCADOS?	SIM []	NÃO []
---	---------	---------

4.8 QUAL O HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO SETOR DE FARMÁCIA DA UBS?

5. ESTRUTURA FÍSICA

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS	RECEPÇÃO/SALA DE ESPERA	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALA DE ADMINISTRAÇÃO E GERÊNCIA	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALA DE PRÉ CONSULTA	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	CONSULTÓRIO MÉDICO COM SANITÁRIO	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	CONSULTÓRIO DE ENFERMEIRO COM SANITÁRIO	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM SANITÁRIO	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	CONSULTÓRIO MÉDICO SEM SANITÁRIO	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	CONSULTÓRIO DE ENFERMEIRO SEM SANITÁRIO	SIM []	NÃO []	QNT: _____

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO SEM SANITÁRIO	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALA DE OBSERVAÇÃO	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALA DE COLETAS	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALA DE VACINAÇÃO	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALA DE INALAÇÃO COLETIVA	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALA DE CURATIVO	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALA PARA LIMPEZA DE MATERIAL	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALA PARA ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALA PARA GUARDA DE MATERIAIS UTILIZADOS	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SANITÁRIOS PARA O PÚBLICO	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SALAS PARA PROGRAMAS ESPECÍFICOS	SIM []	NÃO []	QNT: _____
	SE SIM, QUAIS? _____			
	SALAS DE ATIVIDADES COLETIVAS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE	SIM []	NÃO []	QNT: _____
ÁREA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS/INSUMOS	SIM []	NÃO []	QNT: _____	
SALA DE ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS/INSUMOS	SIM []	NÃO []	QNT: _____	
5.2 ASPECTOS GERAIS		PISOS	MOBILIÁRIOS	REVESTIMENTOS (PAREDE E TETO)
	RECEPÇÃO/SALA DE ESPERA			
	ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS			
	SALA DE ADMINISTRAÇÃO E GRÊNCIA			
	SALA DE PRÉ CONSULTA			
	CONSULTÓRIO MÉDICO COM SANITÁRIO			
	CONSULTÓRIO DE ENFERMEIRO COM SANITÁRIO			
	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM SANITÁRIO			
	CONSULTÓRIO MÉDICO SEM SANITÁRIO			
	CONSULTÓRIO DE ENFERMEIRO SEM SANITÁRIO			
	CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO SEM SANITÁRIO			
	SALA DE OBSERVAÇÃO			
SALA DE COLETAS				

5.2 ASPECTOS GERAIS	SALA DE VACINAÇÃO			
	SALA DE INALAÇÃO COLETIVA			
	SALA DE CURATIVO			
	SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS			
	SALA PARA LIMPEZA DE MATERIAL			
	SALA PARA ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL			
	SALA PARA GUARDA DE MATERIAIS UTILIZADOS			
	SANITÁRIOS PARA O PÚBLICO			
	SALAS PARA PROGRAMAS ESPECÍFICOS			
	QUAIS?	_____		
	SALA DE ATIVIDADES COLETIVAS PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE			
	ÁREA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS/INSUMOS			
	SALA DE ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS/INSUMOS			
5.3 EQUIPAMENTOS E OU TIPOS DE ESTERILIZAÇÃO	ESTERILIZAÇÃO QUÍMICA	SIM []	NÃO []	
	AUTOCLAVE A VAPOR	SIM []	NÃO []	
	MAPA CONTROLE DE TEMPERATURA DAS AUTOCLAVES	SIM []	NÃO []	
	ESTUFA	SIM []	NÃO []	
	CONTROLE DE QUALIDADE DE PROCEDIMENTOS DE ESTERILIZAÇÃO	SIM []	NÃO []	
	OUTROS:	_____		
5.4 A UBS DISPÕE DE LAVANDERIA?		SIM []	NÃO []	
5.5 SE SIM, DISPÕE DE CONDIÇÕES DE HIGIENE, ILUMINAÇÃO E AERAÇÃO ADEQUADAS?				

5.6 AS CONDIÇÕES DE HIGIENE, ILUMINAÇÃO E AERAÇÃO DA UBS SÃO ADEQUADAS?		SIM []	NÃO []	
5.7 HÁ COLETA SELETIVA DE LIXO DA SAÚDE?		SIM []	NÃO []	
5.8 SE SIM, QUAL A EMPRESA RESPONSÁVEL E QUAL O SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO CONTROLE DESSE MATERIAL?				

5.9 A UBS POSSUI SERVIÇO DE SEGURANÇA?		SIM []	NÃO []	
5.10 SE SIM, PRÓPRIO OU CONTRATADO? A SEGURANÇA É ARMADA?				

5.11 A UBS FUNCIONA EM SEDE PRÓPRIA DO MUNICÍPIO?		SIM []	NÃO []	

5.12 SE NÃO, ESPECIFIQUE:		
5.13 INDICAR OBRAS DE ENGENHARIA CIVIL NECESSÁRIAS PARA EFETIVA ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS (INCLUSIVE PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIA, TAIS COMO CIRCULAÇÃO INTERNAS E EXTERNAS, CIRCULAÇÕES HORIZONTAIS E VERTICAIS, ESTACIONAMENTOS, INDICAÇÃO DE POSSÍVEIS EXPANSÕES):		
5.14 AS REDES HIDRÁULICA (SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E SISTEMA DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO) E ELÉTRICA ESTÃO DEVIDAMENTE INSTALADAS E ADEQUADAS ÀS NECESSIDADES DA UNIDADE BÁSICA, TAIS COMO ILUMINAÇÃO INTERNA E EXTERNA, SERVIÇO DE MANUTENÇÃO, EXISTÊNCIA E FUNCIONAMENTO GERADORES OU NO-BREAKS NO CASO DE FALTA DE ENERGIA NA UNIDADE, TUBULAÇÃO ADEQUADA, PUGS E TOMADAS INSTALADOS EM CONFORMIDADE COM AS EXIGÊNCIAS DA NBR 14.136/2009, EXISTÊNCIA DE CAPTAÇÃO DE ÁGUAS PLUVIAIS NA ÀREA EXTERNA, EXISTÊNCIA DE VAZAMENTOS NA REDE HIDRÁULICA, ENTRE OUTROS?		
5.15 DESCRIÇÃO BÁSICA DO SISTEMA TELEFÔNICO E FORMA DE MANUTENÇÃO:		
5.16 DESCRIÇÃO BÁSICA DO SISTEMA DE COMPUTADORES E FORMA DE MANUTENÇÃO:		
5.17 EXISTE PROJETO DE PREVENÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO APROVADO PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR? HÁ QUANTOS EXTINTORES DE INCÊNDIO COM VALIDADE?		
5.18 QUAIS AS CONDIÇÕES AMBIENTAIS DE CONFORTO PARA USUÁRIOS DO SUS?		
5.19 DESCREVER AS PECTOS GERAIS DE CONSERVAÇÃO DO PRÉDIO:		
5.20 QUAIS MATERIAIS E/OU EQUIPAMENTOS DEVERIAM SER ADQUIRIDIS/CONSERTADOS PARA AUXILIAR NA EFETIVA ATENÇÃO BÁSICA?		
6. TERRITORIALIZAÇÃO E CADASTRAMENTO		
6.1 A EQUIPE DE SAÚDE TEM CONHECIMENTO DE SEU TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA?		
SE SIM, APRESENTA UM MAPA BASE DO TERRITÓRIO COM AS MICRO-ÁREAS DE CADA ACS?		
6.2 SOBRE O CADASTRAMENTO DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA PELA EQUIPE, QUAL A SITUAÇÃO ATUAL?		
NÃO INICIADO [] EM FASE INICIAL [] EM FASE AVANÇADA [] CONCLUÍDO []		
6.3 O CADASTRO DAS FAMÍLIAS É ATUALIZADO PERIODICAMENTE?	SIM []	NÃO []
SE SIM, DE QUANTO EM QUANTO TEMPO?		
6.4 AS FAMÍLIAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE SÃO CLASSIFICADAS POR GRAU DE RISCO?	SIM []	NÃO []
7. PLANEJAMENTO		
7.1 A EQUIPE DE SAÚDE REALIZA REUNIÕES PERIÓDICAS?	SIM []	NÃO []
SE SIM, DE QUANTO EM QUANTO TEMPO?		
7.2 AS AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE ESTÃO BASEADAS NA ANÁLISE SITUACIONAL DO SEU TERRITÓRIO?	SIM []	NÃO []

SE SIM, COMO?		
<hr/>		
7.3 A EQUIPE DE SAÚDE FAZ USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA PLANEJAR, MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES?	SIM []	NÃO []
7.4 A EQUIPE DE SAÚDE REALIZA O MONITORAMENTO E ANÁLISE DAS AÇÕES E RESULTADOS ALCANÇADOS?	SIM []	NÃO []
7.5 EM RELAÇÃO AOS PRONTUÁRIOS, COMO É A FORMA DE REGISTRO DOS USUÁRIOS?		
<hr/>		
8. ABORDAGEM ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS/ DEMANDA PROGRAMADA		
8.1 A EQUIPE DE SAÚDE FAZ USO DE DIRETRIZES CLÍNICAS PARA AS CONDIÇÕES MAIS PREVALENTES?	SIM []	NÃO []
8.2 SE SIM, QUAIS?		
<hr/>		
8.3 A EQUIPE DE SAÚDE ORGANIZA O ATENDIMENTO POR CICLO DE VIDA OU PATOLOGIA? (EXEMPLO: HIPERTENSOS, DIABÉTICOS, SAÚDE DA GESTANTE, SAÚDE DO IDOSO, ETC.)	SIM []	NÃO []
8.4 A EQUIPE DE SAÚDE REALIZA A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES PRIORITÁRIAS?	SIM []	NÃO []
9. ABORDAGEM ÀS CONDIÇÕES AGUDAS/DEMANDA ESPONTÂNEA		
9.1 A EQUIPE DE SAÚDE REALIZA ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DURANTE TODO PERÍODO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE?	SIM []	NÃO []
9.2 A EQUIPE DE SAÚDE UTILIZA PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA DEMANDA ESPONTÂNEA?	SIM []	NÃO []

AÇÕES ESTRATÉGICAS

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



2014

Alexandre Silveira de Oliveira

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Wagner Eduardo Ferreira

Secretário Adjunto de Estado de Saúde de Minas Gerais

Marta de Sousa Lima

Chefe de Gabinete de Estado de Saúde de Minas Gerais

Tiago Lucas da Cunha Silva

Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde

Wagner Fulgêncio Elias

Superintendente de Atenção Primária à Saúde

Camilla Teixeira da Silveira

Diretora de Estrutura de Atenção Primária à Saúde

Fernanda Aparecida de Oliveira

Diretora de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Organização

Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde

Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Equipe de elaboração

Alberthy Pereira

Ana Paula Martins Lara

Beatriz Aparecida de Souza

Camilla Teixeira da Silveira

Daniel da Mata Cerqueira

Débora Moreira Costa

Diego de Souza Pereira

Fabrcio Oliveira Lima

Flávia Raquel de Souza

Gabriela de Souza Diniz

Ivanilde Ferreira

Jeane Windson Simões Batista

José Antonino de Castro

Kátia Ávila Medanha del Bizoni

Lilian Noriko Kirita

Liliane de Souza Martins Cruz

Lizziane d' Ávila Pereira

Lorena Cristina Silva Ribeiro

Marco Antônio Boato Júnior

Maria de Fátima Nonato

Maria Aparecida Rodrigues Soares

Nádia Aparecida Magalhães Duarte

Paola Daniele Silva de Jesus

Rafaela da Silveira Pinto

Sheila Oliveira Almeida

Soraia Santos Francelino Gonçalves

Tatiane Bettoni

Vera Lúcia Carvalho Cristo R. Santos

Verônica Botelho da Costa

Yang Carlo Amorim Galvão



Sumário

APRESENTAÇÃO.....	2
GLOSSÁRIO DE SIGLAS.....	3
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS	5
ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – EACS	11
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF	16
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESB.....	23
UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL (UOM).....	27
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF.....	30
EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA – eCR.....	37
ATENÇÃO DOMICILIAR – AD.....	42
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ-AB	48
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA – PROVAB e PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....	55
PROJETO ESTRATÉGICO GERAÇÃO SAÚDE.....	61
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA – PEP	66
IRREGULARIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	70
CRÉDITO RETROATIVO.....	73
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB	76
PISO DE ATENÇÃO BÁSICA – RECURSO PER CAPITA – PAB	78
PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – COMPONENTE REFORMA, CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO	80
INCENTIVO FINANCEIRO ESTADUAL PARA CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – NOVAS CONTEMPLAÇÕES	89
INCENTIVO FINANCEIRO ESTADUAL PARA CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – 1º e 2º LOTES.....	91
INCENTIVO FINANCEIRO ESTADUAL PARA A CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2005 A 2009	97
CO-FINANCIAMENTO DA APS: INCENTIVO FINANCEIRO DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA	100
INCENTIVO FINANCEIRO COMPLEMENTAR PARA A CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (PAC).....	105
FINANCIAMENTO	109
PLANILHA DE FINANCIAMENTO	111

APRESENTAÇÃO

A Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS) e a Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde (DEAPS) da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) organizou o Manual “Ações Estratégicas” como uma forma de possibilitar aos gestores municipais conhecer as ações realizadas no âmbito da atenção primária, contribuindo para ampliação do acesso e qualificação das ações.

Portanto, temos reunidos neste material as principais informações sobre a atenção primária que facilitarão a compreensão deste nível de atenção e sua conformação como componente estratégico do Sistema Único de Saúde e das Redes de Atenção.

Assim, renovamos o compromisso de nosso apoio para que os gestores avancem na garantia do acesso à saúde com qualidade.

Equipe da DPAPS e DEAPS



GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AD – Atenção Domiciliar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB - Auxiliar em Saúde Bucal

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CBO - Código Brasileiro de Ocupações

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIES - Comissão Permanente de Integração Ensino- Serviço

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

DAA - Diretoria de Auditoria Assistencial

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DEAPS – Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde

DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS

DPAPS – Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

DPSANT - Diretoria De Promoção À Saúde E Agravos Não-Transmissíveis

DSB – Diretoria de Saúde Bucal

EAB – Equipe de Atenção Básica

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

eCR – Equipe de Consultório na Rua

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio

eSB – Equipe de Saúde Bucal

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESP/MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GAPs - Grupos de Aperfeiçoamento Profissional
GEICOM - Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NAPRIS – Núcleo de Atenção Primária à Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB - Piso da Atenção Básica
PEP – Programa de Educação Permanente para Médicos de Família
PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
Pronasci - Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PROVAB - Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS – Superintendência de Atenção Primária à Saúde
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEEJ - Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude
SGP - Sistema de Gerenciamento de Programas
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGE - Sistema de Gestão das Informações do Projeto Estratégico Geração Saúde
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TSB - Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS
UOM – Unidade Odontológica Móvel
URS – Unidade Regional de Saúde



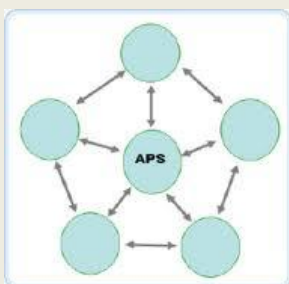
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS

DESCRIÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, visando à aproximação dos usuários com o sistema de saúde, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural.

FUNÇÕES

- I - **Ser base:** ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade;
- II - **Ser resolutiva:** resolver efetivamente os problemas de saúde demandados, identificando os riscos e necessidades, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado integral, fortalecendo a autonomia individual e social.
- III - **Coordenar o cuidado/Responsabilização:** elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários, de maneira responsável, em quaisquer pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
- IV - **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 a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.



O fluxograma ao lado, desenvolvido por Eugênio Vilaça Mendes, busca reformular a estrutura da atenção à saúde, unindo a Atenção Primária à Secundária e à Terciária em forma de rede poliárquica, sendo a Atenção Primária a ordenadora dos fluxos e contra fluxos, a porta de entrada do usuário, fornecendo meios para que a prestação de serviços de saúde se dê efetivamente.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

I - Primeiro Contato: acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; deve ser a porta de entrada, o ponto fácil de acesso pelos usuários aos sistemas de serviços de saúde. O usuário deverá ser cadastrado a um território sanitário que se responsabilize por ele.

II - Longitudinalidade: é uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários nas unidades de saúde, nos diversos ciclos de vida, independente dos problemas de saúde ou até mesmo da existência deles, neste princípio a atenção é mais oportuna e adequada, os maiores benefícios estarão relacionados entre o vínculo de usuários e equipes de saúde.

III – Integralidade: a Atenção Primária deve reconhecer as necessidades da população e prestar diretamente todos os serviços frente às demandas comuns, além de ser um agente para a prestação de serviços em outros pontos de atenção.

IV– Coordenação: a essência deste princípio é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados, assim a qualidade do preenchimento das informações pelos serviços de saúde poderá contribuir para a coordenação.

V – Centralização na família: remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde. Entendendo que família, em seu conceito ampliado, é um grupo de pessoas que convive sobre o mesmo teto.

VI – Orientação Comunitária: este princípio trabalha com o ajustamento de programas para que atendam as necessidades específicas de saúde da população diante da identificação de problemas da comunidade a partir do perfil epidemiológico, hábitos culturais, entre outros; também se relaciona com o poder de tomada de decisão pela comunidade em todos os níveis de atenção.

ATRIBUIÇÕES DOS TRÊS ENTES FEDERATIVOS

As atribuições que são de responsabilidade comum a todas as esferas de governo estão pontuadas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e podem ser sintetizadas em:

- apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Primária à Saúde;
- garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;
- contribuir com o financiamento tripartite da Atenção Primária;

- desenvolver mecanismos técnicos e estratégias para gestão da atenção à saúde, valorizando os profissionais, estimulando e viabilizando a formação e educação permanente destes, visando melhorias nos serviços ofertados aos usuários;
- disponibilizar, desenvolver e implantar os sistemas de informações da Atenção Primária de acordo com suas responsabilidades, garantindo a divulgação dos resultados alcançados pela Atenção Primária;
- organizar, planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Primária;
- controlar, regular e acompanhar sistematicamente os resultados alcançados pelas ações da Atenção Primária, como parte do processo de planejamento e programação;
- promover e viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado de forma a estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, fortalecimento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Primária;
- estimular a participação popular e o controle social.

Ministério da Saúde: Cabe ao Ministério da Saúde definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, prestando apoio institucional aos gestores dos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação, consolidação e avaliação da Atenção Básica. Garantir fontes de recursos federais para compor seu financiamento. Facilitar o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Primária, desenvolvendo articulações com o Ministério da Educação e instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para formação de profissionais e gestores adequados à Atenção Básica.

Secretarias Estaduais de Saúde: Compete às Secretarias Estaduais de Saúde, pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, de forma a complementar as já existentes, desde que não haja restrições. Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços. Cabe também a Secretária Estadual de Saúde ser co-responsável, pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios. Consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos. Submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica. 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. 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 à Saúde.

Secretarias Municipais de Saúde: Cabe às Secretarias Municipais pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, por meio do COSEMS, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, destinando recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica. Ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios. Inserir o Programa de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da Atenção Primária. Apoiar e definir institucionalmente as equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Primária e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família. Promover educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Primária e das Equipes de Saúde da Família. 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, garantindo a estrutura física necessária para o funcionamento das mesmas, e a execução do conjunto de ações propostas. Analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos. Organizar o fluxo de usuários, de acordo com suas necessidades de saúde, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica.

DESAFIOS

Gestão e Planejamento: Necessidade de efetivar os Planos Municipais de Saúde como instrumentos de planejamento e gestão participativa, colocando a atenção primária como alvo de investimentos e legitimação técnica e política.

Financiamento: Ampliação do conhecimento e do domínio dos gestores municipais sobre os mecanismos de financiamento da atenção primária, ao lado da necessidade de aperfeiçoar a eficiência no uso adequado dos recursos disponíveis.

Recursos Humanos: Vai desde encontrar profissionais com perfil e formação adequados para trabalhar na atenção primária, políticas de cargos, carreiras e salários que diminuam a grande

rotatividade – até a formação no trabalho por meio de ações de educação permanente, que possam tanto ampliar a capacitação técnica, como o compromisso e a responsabilização com os usuários.

Organização do Trabalho: Ponto crucial para efetivação das ações propostas de modo coerente com os princípios da atenção primária no SUS reúne um grande número de desafios – trabalho em equipe, implantação de protocolos e registros padronizados, integração entre ações planejadas e atendimento às demandas espontâneas, integralidade e continuidade no cuidado, humanização e responsabilização com os usuários, integração entre ações individuais e de vigilância em saúde, enfoque do trabalho frente às condições crônicas com o objetivo de controlar as doenças e agravos de maior relevância.

Estrutura Física e Equipamentos: existe a necessidade de se estabelecer um padrão de estrutura física e de equipamentos para que um serviço possa ser definido como uma Unidade Básica de Saúde, como forma de superar as grandes precariedades e heterogeneidade identificadas.

Sistemas de Informação: Necessidade de equipar e capacitar o nível local para o registro sistemático e de qualidade, e de compromissar (responsabilizar), o nível central dos municípios com a consolidação dos dados, transformando-os em informações, que retornam aos serviços, além de serem utilizadas para avaliações e planejamentos pela gestão municipal.

Assistência Farmacêutica: necessidade de adotar critérios protocolares para definição dos itens básicos necessários, equacionando os custos e suprindo as necessidades da assistência. Implantar uma assistência farmacêutica que dê conta não apenas do suprimento e da estocagem, mas também da dispensação e da orientação de profissionais e usuários.

Conselho Gestor e Controle Social: identificação de muitas dificuldades na efetivação da participação de representantes de usuários, profissionais e prestadores nos fóruns de gestão – Conselho e Conferência Municipal de Saúde. Necessidade de valorização dessas instâncias e de ampliação de sua legitimidade política e social. Envolver o conjunto das forças sociais do município na discussão sobre o sistema local de saúde, com foco na Atenção Primária.

Integração com as Ações de Vigilância em Saúde: necessidade de articulação entre as ações realizadas na Atenção Primária e aquelas sob responsabilidade da Vigilância em Saúde, sobretudo a vigilância epidemiológica, sanitária e controle de endemias em nível municipal e regional.

Integração entre Atenção Primária e Serviços Especializados: há grandes dificuldades apontadas nas áreas da referência e contra referência, fator decorrente da fragmentação entre a Atenção Primária,

Secundária e Terciária, com insuficiências e dificuldades de acesso e articulação municipal e regional. Identifica-se assim a necessidade de efetivação a uma integração sistêmica entre os serviços, que garanta maior resolubilidade e qualidade ao conjunto das ações desenvolvidas.



ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – EACS

DESCRIÇÃO

No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a implantação de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) vem como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou como forma de agregar os agentes comunitários de saúde (ACS) a outras maneiras de organização da atenção básica.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

- Existência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), inscrita no sistema de cadastro nacional vigente, que passa a ser a UBS de referência para a equipe de ACS;
- Existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 (doze) ACS e, no mínimo, 4 (quatro), constituindo, assim, uma equipe de ACS; e
- Cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor.
- Definição das microáreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não ultrapasse a 750 pessoas.

OBSERVAÇÃO: A implantação do EACS deve ser adotada como estratégia inicial para implantação da Estratégia Saúde da Família, devendo ser substituída gradativamente.

FLUXO PARA ADESÃO

Passo 1- O município deverá realizar o projeto de credenciamento da EACS nos moldes do modelo padrão disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br.

Passo 2- Aprovar o projeto elaborado no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e encaminhá-lo ao Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS) da Unidade Regional de Saúde (URS) de referência do município, juntamente com a documentação elencada na Resolução SES/MG nº 3.689, de 19 de março de 2013:

- Ofício do Gestor Municipal, em papel timbrado, contendo a solicitação, endereçada ao Secretário de Estado de Saúde, explicitando o número de equipes.
- Cópia da ata de aprovação do CMS, especificando o número de equipes.
- Projeto de credenciamento da equipe, nos moldes do formulário padrão.

- Declaração de incentivo, nos moldes do formulário padrão, disponível no sitio eletrônico www.saude.mg.gov.br.

Passo 3- Se aprovada a documentação, o NAPRIS deverá encaminhar parecer de credenciamento das equipes de ACS, juntamente com a documentação necessária para homologação na Comissão Intergestores Regional (CIR).

Passo 4- A CIR encaminhará para Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG) o parecer técnico emitido pela referência regional, a declaração de incentivo e o formulário de homologação dos projetos aprovados.

Passo 5- A Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG encaminhará o parecer técnico emitido pela referência regional, a declaração de incentivo e o formulário de homologação dos projetos aprovados para Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS) da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

Passo 6- A DPAPS/SAPS após o recebimento da documentação deverá proceder a análise documental e emitir parecer para a Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG que encaminhará a declaração de incentivo original para o credenciamento junto ao Ministério da Saúde (MS).

Passo 7- Após a publicação de portaria de credenciamento pelo MS, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deverá realizar o cadastro da EACS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e dos profissionais que irá compor a equipe.

VALOR DO INVESTIMENTO

I - Para cada ACS implantado será repassado ao município o valor de R\$ 950,00 (Novecentos e cinquenta reais) por mês.

II - No último trimestre de cada ano, será repassada parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para esse fim, no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Elaborar o projeto de credenciamento da EACS conforme as normas da Portaria nº 2.488/GM/MS de 21 de outubro de 2011 e modelo padrão disponível no sitio eletrônico www.saude.mg.gov.br.

- Aprovar o projeto no CMS.

- Encaminhar a documentação disposta na Resolução SES/MG nº 3689, de 19 de março de 2013 para o NAPRIS.

- Acompanhar as portarias de credenciamento.

- Encaminhar as constituições de equipes atualizadas para o NAPRIS com a documentação dos profissionais conforme deliberação vigente e manter as informações atualizadas no SCNES.
- Observar as condições para implantação e manutenção da EACS, garantindo a estrutura física, inscrita no sistema nacional de cadastro vigente, que passa a ser a UBS de referência para a EACS, bem como os recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para a execução do conjunto de ações propostas.
- Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos Sistemas Nacional de Informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos (cadastro e desativação).
- Assegurar o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor.
- Encaminhar até o 5º (quinto) dia útil de cada mês o atesto de funcionamento da EACS no mês anterior para o NAPRIS de sua respectiva URS.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Analisar as necessidades de implantação do serviço e sugeri-la aos municípios, quando necessário.
- Orientar os municípios acerca das documentações necessárias e do fluxo de adesão a ser seguido.
- Apoiar os municípios na elaboração do projeto de implantação e implementação do serviço, de acordo com o planejamento e as diretrizes definidas.
- Analisar as documentações e seguir os trâmites previstos na normatização.
- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.
- Informar ao município a portaria do MS referente ao credenciamento do serviço.
- Acompanhar o funcionamento do serviço, segundo os preceitos regulamentados.
- Identificar as dificuldades da gestão municipal na organização/funcionamento do serviço e propor ações estratégicas para superá-las.
- Dar ciência em CIR acerca do acompanhamento e monitoramento do serviço.
- O NAPRIS deverá consolidar as informações recebidas dos municípios e enviar o atesto consolidado até o dia 10 (dez) de cada mês para a DPAPS/SAPS.



COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- DPAPS

- Estabelecer as normas gerais de funcionamento do serviço para o âmbito estadual em conformidade com a política federal.
- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.
- Analisar as necessidades de implantação do serviço e sugeri-la à URS, quando necessário.
- Analisar as documentações recebidas e seguir os trâmites previstos na normatização.
- Apoiar a URS na organização do serviço em território municipal em consonância com as propostas apresentadas.
- Acompanhar a implantação e implementação do serviço no território municipal com base nas informações da URS.
- A DPAPS/SAPS deverá encaminhar até o dia 20 de cada mês à Fundação João Pinheiro as informações das ESF completas e em funcionamento para - o cálculo de valores a serem enviados à Secretaria de Estado da Fazenda, responsável pela ordenação do pagamento.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 260/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de agentes comunitários de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM/MS, 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 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/SAS, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e de agentes comunitários de saúde, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III desta portaria.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3689, de 19 de março de 2013. Dispõe sobre as equipes de atenção primária, suspensão do repasse de recursos e condutas perante irregularidades.

PUBLICAÇÕES

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CONTATOS

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Departamento da Atenção Básica - Ministério da Saúde

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9044

Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 - 9959



ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

DESCRIÇÃO

Estratégia prioritária para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com os preceitos do SUS. 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 APS.

As ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) são oferecidas por equipes multiprofissionais formadas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS) e, preferencialmente, 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar e/ou 1 ou 2 técnico(s) em Saúde Bucal.

A equipe de saúde da família (eSF) pode ser configurada em duas modalidades:

- **eSF MODALIDADE 1:** todas as eSF dos municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006; as eSF dos municípios constantes do Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definidos também na Portaria nº 90/GM/MS; e as eSF que atuam em municípios e áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), definidos na Portaria nº 2.920/GM/MS, de 3 de dezembro de 2008.

- **eSF MODALIDADE 2:** todos os municípios que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

OBSERVAÇÃO: Serão admitidas também, além da inserção integral (jornada de 40 horas semanal para todos os profissionais da equipe mínima), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade nas equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I – Dois médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;

II – Três médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de Saúde da Família;

III – Quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de Saúde da Família;

IV – Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;

V – Um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a essa especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com essa configuração são denominadas equipes transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência nesse formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que prevêm horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

CRITÉRIO PARA ADEÇÃO

- Existência de equipe multiprofissional (eSF) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

- O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

- Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

- Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma eSF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas eSF e com carga horária total de 40 horas semanais.

- Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde de Família, à exceção dos profissionais médicos. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

FLUXO PARA ADEÇÃO

Passo 1- O município deverá realizar o projeto de credenciamento das equipes de Atenção Primária nos moldes do modelo padrão disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br.

Passo 2- Aprovar o projeto elaborado no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e encaminhá-lo ao o Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS) da Unidade Regional de Saúde (URS) de referência do município, juntamente com a documentação elencada na Resolução SES/MG nº 3.689, de 19 de março de 2013:

- Ofício do Gestor Municipal, em papel timbrado, contendo a solicitação, endereçada ao Secretário de Estado de Saúde, explicitando o número de equipes e modalidade das mesmas.
- Cópia da ata de aprovação do CMS, especificando o número de equipes e modalidade.
- Projeto de credenciamento da equipe, nos moldes do formulário padrão.
- Declaração de incentivo, nos moldes do formulário padrão, disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br.

Passo 3- Se aprovada a documentação, o NAPRIS deverá encaminhar parecer de credenciamento das eSF, juntamente com a documentação necessária para homologação na Comissão Intergestores Regional (CIR) .

Passo 4- A CIR encaminhará para Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG o parecer técnico emitido pela referência regional, a declaração de incentivo e o formulário de homologação dos projetos aprovados.

Passo 5- A Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG encaminhará o parecer técnico emitido pela referência regional, a declaração de incentivo e o formulário de homologação dos projetos

aprovados para Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS) da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

Passo 6- A DPAPS/SAPS após o recebimento da documentação deverá proceder a análise documental e emitir parecer para a Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG e encaminhará a declaração de incentivo original para o credenciamento junto ao Ministério da Saúde (MS).

Passo 7- Após a publicação de Portaria de credenciamento pelo MS, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deverá realizar o cadastro da eSF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e dos profissionais que irá compor a equipe.

VALOR DO INVESTIMENTO

Atualmente os valores repassados para implantação e custeio (parcela mensal) são:

I – Para eSF Modalidade 1:

Incentivo de implantação por equipe – R\$ 20.000,00 (Vinte mil reais) em duas parcelas de R\$ 10.000,00 (Dez mil reais).

Incentivo de custeio mensal por equipe – R\$ 10.695,00 (Dez mil, seiscentos e noventa e cinco reais)

II – Para eSF Modalidade 2:

Incentivo de implantação por equipe – R\$ 20.000,00 (Vinte mil reais) em duas parcelas de R\$ 10.000,00 (Dez mil reais).

Incentivo de custeio mensal por equipe – R\$ 7.130,00 (Sete mil, cento e trinta reais).

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Elaborar o projeto de credenciamento da eSF conforme as normas da Portaria nº 2.488/GM/MS de 21 de outubro de 2011 e modelo padrão disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br.
- Aprovar o projeto no CMS.
- Encaminhar a documentação disposta na Resolução SES/MG nº 3689, de 19 de março de 2013 para o NAPRIS.
- Acompanhar as portarias de credenciamento.
- Encaminhar as constituições de equipes atualizadas para o NAPRIS com a documentação dos profissionais conforme deliberação vigente e manter as informações atualizadas no SCNES.
- Observar as condições para implantação e manutenção da eSF, garantindo a estrutura física, inscrita no sistema nacional de cadastro vigente, que passa a ser a UBS de referência para a eSF, bem como os recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para a execução do conjunto de ações propostas.

- Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos Sistemas Nacional de Informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos (cadastro e desativação).
- Assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.
- Encaminhar até o 5º (quinto) dia útil de cada mês o atesto de funcionamento da eSF no mês anterior para o NAPRIS de sua respectiva URS.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Analisar as necessidades de implantação do serviço e sugeri-la aos municípios, quando necessário.
- Orientar os municípios acerca das documentações necessárias e do fluxo de adesão a ser seguido.
- Apoiar os municípios na elaboração do projeto de implantação e implementação do serviço, de acordo com o planejamento e as diretrizes definidas.
- Analisar as documentações e seguir os trâmites previstos na normatização;
- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.
- Informar ao município a portaria do MS referente ao credenciamento do serviço.
- Acompanhar o funcionamento do serviço, segundo os preceitos regulamentados.
- Identificar as dificuldades da gestão municipal na organização/funcionamento do serviço e propor ações estratégicas para superá-las.
- Dar ciência em CIR acerca do acompanhamento e monitoramento do serviço.
- O NAPRIS deverá consolidar as informações recebidas e enviar o atesto consolidado até o dia 10 (dez) de cada mês para a DPAPS/SAPS.

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DPAPS

- Estabelecer as normas gerais de funcionamento do serviço para o âmbito estadual em conformidade com a política federal.
- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.
- Analisar as necessidades de implantação do serviço e sugeri-la à URS, quando necessário.
- Analisar as documentações recebidas e seguir os trâmites previstos na normatização.
- Apoiar a URS na organização do serviço em território municipal em consonância com as propostas apresentadas.

- Acompanhar a implantação e implementação do serviço no território municipal com base nas informações da URS.
- Enviar declaração de incentivo ao Ministério da Saúde para credenciamento.
- Arquivar cópia das declarações de incentivos enviadas para o credenciamento e também cópia do ofício assinado pelo Secretário de Estado Adjunto de Saúde.
- Emitir relatório das homologações de projetos aprovados e enviar para CIB/SUS.
- Enviar parecer para o NAPRIS dos projetos aprovados.
- Consolidar os dados dos atestos e encaminhar para Fundação João Pinheiro, Coordenadores do NAPRIS e outras coordenações da SES/MG.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

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 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

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 576, de 19 de setembro de 2011. Estabelece novas regras para a carga horária semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, conforme descrito no Anexo I; estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/SAS, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e de agentes comunitários de saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III desta portaria.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822/GM, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das eSF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3689, de 19 de março de 2013. Dispõe sobre as equipes de atenção primária, suspensão do repasse de recursos e condutas perante irregularidades. 2013

PUBLICAÇÕES

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

CONTATOS

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Departamento da Atenção Básica - Ministério da Saúde

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9044

Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 – 9959



EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESB

DESCRIÇÃO

As equipes de Saúde Bucal trabalham integradas às equipes de Saúde da Família, com a composição básica de:

- **MODALIDADE I:** Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB).
- **MODALIDADE II:** Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB).

CRITÉRIO PARA ADESÃO

O município deverá apresentar projeto para credenciamento junto ao Ministério da Saúde (MS) e 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 Básica 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).

FLUXO PARA ADESÃO

O município deverá elaborar projeto, encaminhar para a Unidade Regional de Saúde (URS) analisar e emitir parecer para ser homologado na CIR e posterior envio à CIB-SUS. A SES enviará declaração de incentivo ao Ministério da Saúde para credenciamento e publicação das equipes solicitadas. Após credenciamento o município deverá cadastrar os profissionais no SCNES (Seguir fluxo conforme deliberação vigente).

VALOR DO INVESTIMENTO

O Ministério da Saúde disponibiliza o recurso de implantação no valor de R\$ 7.000,00 (parcela única), para investimento nas unidades básicas e realização de curso introdutório, além de recursos mensais de custeio de acordo com a Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, a saber:

I – Para eSBSF-M1: R\$ 2.230,00 (dois mil, duzentos e trinta reais).

II – Para eSBSF-M2: R\$ 2.980,00 (dois mil, novecentos e oitenta reais).

Fazem jus a 50% a mais sobre os valores mensais de custeio as eSB dos municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, e as eSB dos municípios constantes no Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos.

Além dos recursos descritos, o Ministério da Saúde disponibiliza um equipamento odontológico completo para cada equipe de Saúde Bucal, modalidade I, e dois equipamentos odontológicos completos para cada equipe de Saúde Bucal, modalidade II.

Para a implantação efetiva da eSB e para que ela passe a receber os incentivos financeiros, devem ser seguidos os seguintes passos:

- Cadastrar as equipes de Saúde Bucal por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
- Alimentar mensalmente os Sistemas de Informações: ambulatorial e da Atenção Básica (SIA e SIAB/SUS).

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Elaborar o projeto de credenciamento da eSB conforme as normas da Portaria nº 2.488/GM/MS de 21 de outubro de 2011 e modelo padrão disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br.
- Aprovar o projeto no CMS.
- Encaminhar a documentação disposta na Resolução SES/MG nº 3689, de 19 de março de 2013 para o NAPRIS.
- Acompanhar as portarias de credenciamento.
- Encaminhar as constituições de equipes atualizadas para o NAPRIS com a documentação dos profissionais conforme deliberação vigente e manter as informações atualizadas no SCNES.
- Observar as condições para implantação e manutenção da eSB, garantindo a estrutura física, inscrita no sistema nacional de cadastro vigente, que passa a ser a UBS de referência para a eSB, bem como os recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para a execução do conjunto de ações propostas.
- Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos Sistemas Nacional de Informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos.
- Assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

- Encaminhar até o 5º (quinto) dia útil de cada mês o atesto de funcionamento da eSB no mês anterior para o NAPRIS de sua respectiva URS.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Assessoramento na implantação da rede de atenção em saúde bucal.
- Assessoria técnica em relação ao processo de trabalho nos vários níveis de atenção.
- Incentivo à implantação das equipes de saúde bucal na estratégia da saúde da família
- Orientação para elaboração de projetos das equipes de saúde bucal e fluxos de encaminhamento
- Análise de projetos para implantação das Equipes de Saúde Bucal.
- Levantamento de pontos de atenção para a formação da rede de atenção em saúde bucal.
- Monitoramento das ações das equipes de saúde bucal na atenção primária.
- Realização de reuniões periódicas com os municípios para troca de informações.
- Monitoramento dos indicadores de saúde bucal, incentivando os municípios a fazerem o monitoramento do cumprimento de metas.
- Esclarecimento aos municípios sobre o Pacto pela Saúde e indicadores de Saúde Bucal.
- Assessoria no processo de pactuação.
- Levantamento de problemas ligados aos indicadores, resolução em conjunto com os municípios e encaminhamento dos problemas levantados ao nível central.
- Incentivo à obtenção de um banco de dados confiável de saúde bucal no SIA com acompanhamento dos lançamentos e levantamento de problemas relacionados à alimentação do sistema de informação.
- Resolução de problemas em municípios ligados ao recebimento de incentivos.
- Orientação quanto à utilização dos recursos do Saúde em Casa na área de saúde bucal (recurso de custeio e investimento em infraestrutura).
- Levantamento da necessidade de capacitação para TSB e Auxiliar em Saúde Bucal.
- Sensibilização dos gestores em relação à importância da implantação de um plano municipal de saúde bucal.
- Capacitar os municípios em questões relativas à organização da atenção em saúde bucal.
- Receber/distribuir insumos ou outros materiais odontológicos encaminhados pela SES ou Ministério da Saúde.
- Realização de visitas aos municípios sempre que necessário.
- Capacitação em relação ao conteúdo da linha guia de saúde bucal.
- Incentivo à troca de experiências entre os municípios

- Identificação de experiências exitosas em saúde bucal e envio das informações à Coordenação de Saúde Bucal.

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE SAÚDE BUCAL – DSB

- Propor diretrizes para a Política Estadual de Saúde Bucal.
- Participar do planejamento, financiamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal no estado de Minas Gerais.
- Promover o planejamento, a construção e a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Estado e o seu monitoramento.
- Propor diretrizes para o modelo de atenção à saúde bucal.
- Fomentar a ampliação do acesso integral da população aos serviços e às ações de saúde bucal no estado de Minas Gerais.
- Participar do acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal por meio dos indicadores de saúde bucal.
- Participar da pactuação e monitoramento dos indicadores de saúde bucal do Pacto pela Saúde.
- Promover ações de normalização, humanização e melhoria da qualidade da atenção em Saúde Bucal.
- Participar da implantação e monitoramento da Política Nacional de Saúde Bucal no Estado; Coordenar a implantação e a implementação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e dos Centros de Especialidades Odontológica, em parceria com os municípios.
- Supervisionar e monitorar a atenção em saúde bucal em todos os componentes da rede de atenção à saúde bucal.
- Promover a qualificação da atenção em saúde bucal por meio da educação permanente dos profissionais.
- Realizar interação com academia, municípios, entidades de classe e outros setores envolvidos com a construção da política de saúde bucal no SUS/MG.



UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL (UOM)

DESCRIÇÃO

Unidades Odontológicas Móveis (UOM) são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por **Equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes da Estratégia de Saúde da Família** e servem de apoio para o desenvolvimento das ações e das atividades dessas equipes.

***** A definição dos municípios que receberão as Unidades Odontológicas Móveis é feita por meio de critérios definidos pelo Ministério da Saúde.**

Nos anos de 2011 e 2012, os critérios utilizados pelo Ministério da Saúde para a escolha dos municípios que receberam as Unidades Odontológicas Móveis foram:

- municípios pertencentes ao mapa da pobreza do Plano Brasil Sem Miséria;
- municípios com populações assentadas ou quilombolas
- destes, foram classificados do pior para o melhor considerando a média entre três componentes:
 - densidade demográfica
 - % de população rural
 - % de população em extrema pobreza

CRITÉRIO PARA ADESÃO

Os municípios contemplados com as Unidades Odontológicas Móveis deverão apresentar projeto para credenciamento (Homologação da CIR, Parecer e Anexo II Termo assinado pelo gestor municipal, conforme Nota Técnica específica).

Os Municípios que receberem a UOM do Ministério da Saúde deverão ter cadastrados, no mínimo, 01 (uma) Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família em seu território e os profissionais desta Equipe com sua carga horária semanal compartilhada na UOM.

FLUXO PARA ADESÃO

O município deverá encaminhar os documentos conforme a Nota técnica da UOM para a Unidade Regional de Saúde analisar e emitir parecer e então ser homologado na CIR e posterior envio à CIB. A SES enviará a documentação ao Ministério da Saúde.

Após o recebimento desta documentação, a Coordenação-Geral de Saúde Bucal encaminhará para publicação a Portaria de credenciamento do(s) Município(s) a receber (em) os incentivos financeiros da Unidade Odontológica Móvel (UOM).

VALOR DO INVESTIMENTO

O Ministério da Saúde disponibiliza o recurso de implantação no valor de R\$ 3.500,00 (parcela única), além do recurso mensal de custeio no valor de R\$ 4.680,00.

Os repasses financeiros de Implantação e de Custeio Mensal da UOM só serão realizados depois da publicação de Portaria de credenciamento da UOM e após o cadastro realizado pelo gestor municipal da UOM no SCNES.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/GM, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e agentes comunitários de saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III dessa portaria.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822/GM, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das eSF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/SAS, de 15 de maio de 2009. Inclui na tabela de tipos de equipes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), os tipos de equipes: eACSSBM1 – equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal modalidade I e eACSSBM2 – equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal modalidade II.

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 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3012, de 26 de Dezembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.371, de 07 de Outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel - UOM.

Nota Técnica UOM. Ministério da Saúde. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/Nota_Tecnica_UOM.pdf

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3689, de 19 de março de 2013. Dispõe sobre as equipes de atenção primária, suspensão do repasse de recursos e condutas perante irregularidades.

CONTATOS

Coordenação-Geral de Saúde Bucal

Departamento da Atenção Básica - Ministério da Saúde

Correio eletrônico: cosab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9056/9145

Diretoria de Saúde Bucal

Superintendência de Redes de Atenção à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: dsb@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 – 9948



NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

DESCRIÇÃO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família (eSF), das Equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes.

Poderão compor o NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO):

- Assistente social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico acupunturista; Médico geriatra, Médico ginecologista/obstetra; Médico homeopata; Médico internista (clínica médica); Médico pediatra; Médico psiquiatra; Médico do trabalho; Médico veterinário; Nutricionista; Profissional/Professor de educação física; Profissional com formação em arte educação (arte educador); Psicólogo; Terapeuta ocupacional; Profissional sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Os NASF podem ser organizados em três modalidades:

NASF MODALIDADE 1:

I – A soma das cargas horárias semanais (CHS) dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais.

II – Nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte) horas semanais.

III – Cada ocupação (CBO), considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de CHS.

NASF MODALIDADE 2:

I – A soma das CHS dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais.

II – Nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte) horas semanais.

III – Cada ocupação (CBO), considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (oitenta) horas de CHS.

NASF MODALIDADE 3:

I – A soma das CHS dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais.

II – Nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter CHS menor que 20 (vinte) horas semanais.

III – Cada ocupação (CBO), considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (oitenta) horas de CHS.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

- **NASF Modalidade 1** somente poderá ser implantado no município vinculando-se, a, no mínimo, 5 (cinco) e, no máximo, a 9 (nove) Equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Equipes de Atenção Primária para populações específicas.

* O número máximo de NASF 1 aos quais os municípios podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado por meio de fórmula matemática, tendo como numerador o quantitativo de equipe de saúde da família implantadas no município e denominador o numeral 5.

- **NASF Modalidade 2** somente poderá ser implantado no município vinculando-se a, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 4 (quatro) Equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Equipes de Atenção Primária para populações específicas.

* O número máximo de NASF 2 ao qual o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

- **NASF Modalidade 3** somente poderá ser implantado no município vinculando-se a, no mínimo, 1 (uma) e, no máximo, 2 (duas) Equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Equipes de Atenção Primária para populações específicas.

* O número máximo de NASF 3 ao qual o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 3.

FLUXO PARA ADESÃO

Passo 1- Município deverá apresentar projeto de credenciamento do NASF nos moldes do modelo padrão disponível no sitio eletrônico www.saude.mg.gov.br.

Passo 2- Enviar o projeto elaborado para ciência do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e encaminhá-lo ao o Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS) da Unidade Regional de Saúde (URS) de referência do município, juntamente com a documentação elencada na Resolução SES/MG nº 3714, de 17 de abril de 2013 e Resolução SES/MG nº XX de 18 de fevereiro de 2014(*).

- Ofício do Gestor Municipal, em papel timbrado, contendo a solicitação, endereçada ao Secretário de Estado de Saúde, explicitando o número de núcleo e a respectiva modalidade;

- Cópia do ofício de encaminhamento do projeto para ciência do Conselho Municipal de Saúde, com comprovação de recebimento;

- Projeto de credenciamento do núcleo, nos moldes do formulário padrão;

Passo 3- Se aprovada a documentação, o NAPRIS deverá encaminhar as propostas de implantação do NASF à Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (DPAPS/SAPS).

Passo 4- A DPAPS/SAPS após o recebimento da documentação deverá proceder à análise documental e emitir parecer para a Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG que encaminhará ofício ao Ministério da Saúde (MS), comunicando o número de NASF aprovados.

Passo 5- Após a publicação de portaria de credenciamento pelo MS, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deverá realizar o cadastro dos profissionais do NASF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

FLUXO PARA MUDANÇA DE MODALIDADE DO NASF

Passo 1- O município deverá encaminhar ao NAPRIS da Unidade Regional de Saúde de referência do município, ofício do gestor municipal formalizando a solicitação.

Passo 2- NAPRIS encaminha a solicitação da alteração de modalidade à DPAPS/SAPS e dá ciência à CIR.

Passo 3- DPAPS/SAPS encaminha a solicitação à Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG, que informa ao Ministério da Saúde, por meio de ofício e dá ciência à CIB-SUS/MG.

Passo 4- Ministério da Saúde publica a mudança de modalidade da(s) equipe(s) do NASF no Diário Oficial da União.

VALOR DO INVESTIMENTO

Atualmente os valores repassados para implantação (parcela única) e custeio (parcela mensal) são:

I - para o NASF Modalidade 1 será repassado o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) por mês;

II - para o NASF Modalidade 2 será repassado o valor de R\$ 12.000,00 (doze mil reais) por mês;

III - para o NASF Modalidade 3 será repassado o valor de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) por mês.

- Não farão jus ao recebimento do incentivo financeiro de implantação os municípios que já tenham recebido recursos de implantação em períodos anteriores, em qualquer uma das modalidades previstas.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Elaborar o projeto de implantação do NASF conforme as diretrizes do instrumento normativo vigente.
- Encaminhar o projeto para ciência do CMS.
- Encaminhar ao NAPRIS a documentação disposta no instrumento normativo vigente.
- Observar as condições para implantação e manutenção do NASF, conforme disposto no instrumento normativo vigente.
- Cadastrar os profissionais no SCNES e vincular as equipes.
- Encaminhar o atesto mensal do quantitativo de NASF em funcionamento ao NAPRIS, até o 5º dia útil de cada mês.
- Solicitar crédito retroativo, quando necessário.
- Realizar a prestação de contas no Relatório Anual de Gestão.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.
- Analisar as necessidades de implantação do serviço e sugeri-la aos municípios, quando necessário.
- Apoiar os municípios na elaboração do projeto de implantação.
- Orientar os municípios acerca das documentações necessárias e do fluxo de adesão a ser seguido.
- Analisar as documentações e seguir os trâmites previstos na normatização.
- Informar aos municípios a publicação dos atos normativos referente ao credenciamento do NASF.
- Apoiar os municípios na implantação e implementação do serviço, de acordo com o planejamento e as diretrizes definidas.
- Acompanhar o funcionamento do serviço, segundo os preceitos regulamentados.
- Identificar as dificuldades da gestão municipal na organização/ funcionamento do serviço e propor ações estratégicas para superá-las.
- Dar ciência em CIR acerca do acompanhamento e monitoramento do serviço.



COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- DPAPS

- Estabelecer as normas gerais de funcionamento do serviço para o âmbito estadual em conformidade com a política federal.
- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.
- Analisar as necessidades de implantação do serviço e sugeri-la à URS, quando necessário.
- Analisar as documentações recebidas e seguir os trâmites previstos na normatização.
- Informar a Unidade Regional a portaria do Ministério da Saúde referente ao credenciamento do NASF.
- Apoiar a URS na organização do serviço em território municipal em consonância com as propostas apresentadas.
- Acompanhar a implantação e implementação do serviço no território municipal com base nas informações da URS.
- Acompanhar e monitorar o funcionamento do serviço, segundo os preceitos regulamentados.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 548, de 04 de abril de 2013, que 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 562, de 4 de abril de 2013, que 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 256, de 11 de março de 2013, que estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, 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 GM/MS nº 847, de 30 de abril de 2009. Estabelece prazo para que os municípios com Núcleos de Apoio à Saúde da Família credenciados informem sua implantação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/SAS/MS, de 28 de março de 2008. Inclui no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o tipo de estabelecimento 71 – Centro de Apoio à Saúde da Família.

Nota Técnica DAB que define os fluxos para adequação às modalidades de NASF conforme portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012 e a portaria nº 548 de 4 de abril de 2013, publicada em 10 de abril de 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nota_tecnica_nasf.pdf

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.714 de 17 de abril de 2013. Aprovam as normas gerais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), modalidades 1, 2 e 3. 2013

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 4193 de 18 de fevereiro de 2014. Altera o inciso II do *caput* do Art. 11 da Resolução SES/MG nº 3.714 de 17 de abril de 2013 que Aprovam as normas gerais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), modalidades 1, 2 e 3. 2013

PUBLICAÇÕES

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil_NASF: AMAQ-NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONTATOS

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Departamento da Atenção Básica - Ministério da Saúde

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9044

Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 – 9959



EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA – eCR

DESCRIÇÃO

A Equipe de Consultório na Rua (eCR) integra o componente da atenção primária, seguindo os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). A eCR é composta por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

A eCR deverá realizar suas atividades, de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território de atuação, ações em parceria com as demais equipes de atenção primária do território (ESF e NASF), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), da Rede de Urgência e Emergência, entre outras, conforme necessidade da população em situação de rua.

Para composição da eCR são relacionadas as seguintes categorias profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal, podendo agregar o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

As eCR podem ser organizadas em três modalidades:

eCR Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, excetuando-se o médico, sendo dois profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio.

eCR Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, excetuando-se o médico, sendo três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio.

eCR Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

O Ministério da Saúde (MS) adota o parâmetro de uma eCR a cada 80 (oitenta) a 1000 (mil) pessoas em situação de rua no município.

Para os municípios com população superior a 100.000 (cem mil) habitantes o MS publicou a relação completa do número máximo de eCR admitida por município. Para os municípios com população inferior a 100.000 (cem mil) habitantes está definida a possibilidade serem contemplados com eCR, desde que comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros previstos na Portaria.

Disponível

em:

http://189.28.128.100/dab/docs/geral/calculo_equipe_consultorios_na_ua.pdf

FLUXO PARA ADESÃO

Passo 1- O município deverá realizar o projeto(s) de implantação das eCR nos moldes do modelo padrão disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br.

Passo 2- Aprovar o projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos Municípios (CMS) e encaminhá-lo ao o Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS) da Unidade Regional de Saúde (URS) de referência do município, juntamente com a documentação elencada na Resolução SES/MG nº 3.713 de 17 de abril de 2013:

- Ofício do Gestor Municipal, em papel timbrado, contendo a solicitação, endereçada ao Secretário de Estado de Saúde, explicitando o número de eCR e sua modalidade;
- Aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- Projeto de implantação das eCR.

Passo 3- Se aprovada a documentação, o NAPRIS deverá encaminhar as propostas de implantação das eCR a Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (DPAPS/SAPS), juntamente com toda a documentação e dar ciência à Comissão Intergestores Regional (CIR), no prazo máximo de 15 dias.

Passo 4- A DPAPS/SAPS após o recebimento da documentação deverá proceder à análise documental e emitir parecer, pela aprovação ou pela reprovação do projeto. Nos casos de emissão de parecer técnico favorável, a SAPS encaminhará para a Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG solicitando pauta para homologar os projetos aprovados em reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG), no prazo máximo de 30 dias. O NAPRIS deverá retornar ao município a documentação que obteve parecer técnico desfavorável para proceder às adequações solicitadas.

Passo 5- A Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG deverá encaminhar ofício contendo a relação das eCR aprovadas ao Ministério da Saúde (MS);

Passo 6- Após a publicação de Portaria pelo MS, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deverá realizar o cadastro no SCNES das equipes dos Consultórios na Rua e sua vinculação a uma UBS.

VALOR DO INVESTIMENTO

I - para a eCR da Modalidade I será repassado o valor de R\$ 9.500,00 (nove mil e quinhentos reais) por mês.

II - para eCR da Modalidade II será repassado o valor de R\$ 13.000,00 (treze mil reais) por mês.

III - para a eCR da Modalidade III será repassado o valor de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

Os municípios que se adequam aos parâmetros do Ministério da Saúde devem encaminhar ao Núcleo de Atenção Primária (NAPRIS) da sua respectiva Unidade Regional de Saúde (URS), os seguintes documentos:

I – ofício do Gestor Municipal, em papel timbrado, contendo a solicitação, endereçada ao Secretário de Estado de Saúde, explicitando o número de eCR e sua modalidade.

II – aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

III – projeto de implantação das eCR .

- Após a publicação de Portaria pelo Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde deverá realizar o registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) das eCR e sua vinculação a uma UBS.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.

- Analisar as necessidades de implantação da eCR sugerir-la aos municípios, quando necessário.

- Orientar os municípios acerca das documentações necessárias e do fluxo de adesão a ser seguido.

- Apoiar os municípios na elaboração do projeto de implantação da eCR;

- Analisar as documentações e seguir os trâmites previstos na normatização.

- Informar ao município a portaria do Ministério da Saúde referente ao credenciamento da eCR.

- Apoiar o município na implantação e implementação do serviço, de acordo com o planejamento e as diretrizes definidas.

- Acompanhar o funcionamento do serviço, segundo os preceitos regulamentados.

- Identificar as dificuldades da gestão municipal na organização/ funcionamento do serviço e propor ações estratégicas para supera-las.

- Dar ciência em CIR acerca do acompanhamento e monitoramento do serviço.

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- DPAPS

- Estabelecer as normas gerais de funcionamento do serviço para o âmbito estadual em conformidade com a política federal.

- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.

- Analisar as necessidades de implantação do serviço e sugerir-la à URS, quando necessário.

- Analisar as documentações recebidas e seguir os trâmites previstos na normatização.

- Apoiar a URS na organização do serviço em território municipal em consonância com as propostas apresentadas.
- Acompanhar a implantação e implementação do serviço no território municipal com base nas informações da URS.

NOTA: CONSULTÓRIO DE RUA

Os municípios que receberam incentivos para implantação do então Consultório de Rua deverão, desde já, fazer a migração para Consultório na Rua, de acordo com o preconizado na Nota Técnica conjunta/2012_Departamento de Atenção Básica e Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

O papel das URS nesse trâmite é apenas de orientação, já que o fluxo da documentação é do município para o Ministério da Saúde.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM/MS, 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).

MINAS GERAIS. Resolução SES-MG n 3.713 de 17 abril de 2013 – Institui as normas para credenciamento e implantação das equipes de Consultório na Rua (eCR).

PUBLICAÇÕES

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CONTATOS

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Departamento da Atenção Básica - Ministério da Saúde

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9044

Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 - 9959



ATENÇÃO DOMICILIAR – AD

DESCRIÇÃO

A AD consiste em uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A EMAD pode ser de dois tipos:

EMAD Tipo 1: são aquelas que compõem o SAD nos municípios > 40mil habitantes.

EMAD Tipo 2: são aquelas que compõem o SAD nos municípios com população entre 20 mil e 40 mil habitantes, ou para atender os municípios que se agruparem para formar uma população igual ou superior a 20.000 habitantes. Sua composição é igual a EMAD Tipo 1 com carga horária de alguns dos profissionais reduzida.

OBSERVAÇÃO: Quando a equipe julgar necessário, poderá contar com a equipe multiprofissional de apoio (EMAP).

A AD está organizada em três modalidades: **AD tipo 1, AD tipo 2 e AD tipo 3.**

A **AD1** destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e se encontram dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A prestação de assistência à saúde nas modalidades **AD2** e **AD3** é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

- Apresentar, isoladamente ou por meio de agrupamento de municípios, população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vigente.
- Estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e
- Possuir hospital de referência no município ou região a qual integra.

OBSERVAÇÃO: Nos municípios com população superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, a cobertura por serviço móvel local de atenção às urgências diferente do SAMU 192 será, também, considerada requisito para a implantação de um SAD.

- Para habilitação do SAD, nos casos de municípios que se agruparem para atingir população de pelo menos 20.000 (vinte mil) habitantes, os gestores municipais deverão encaminhar ao Núcleo de Atenção Primária (NAPRIS) da sua respectiva Unidade Regional de Saúde (URS), os seguintes documentos:

I - ofício do gestor municipal, em papel timbrado, aderindo ao serviço;

II - cópia da ata de aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS);

III - Projeto de Implantação da AD e o Detalhamento do Componente AD do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, assinado por todos os municípios agrupados; e

IV - cópia do instrumento jurídico firmado entre os municípios agrupados, estabelecendo as ações a serem desempenhadas entre os mesmos.

FLUXO PARA ADESÃO

- **Municípios com população acima de 20.000 habitantes**

Passo 1 - o município deve encaminhar ao Ministério da Saúde (MS) o Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e dar ciência à Comissão Intergestores Regional (CIR);

Passo 2 - o MS irá encaminhar à Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde/Superintendência de Atenção Primária à Saúde (DPAPS/SAPS) cópia do projeto aprovado.

- **Municípios que se agruparem para formar população igual ou superior a 20.000 habitantes:**

Passo 1- elaborar o Projeto de Implantação da AD e o Detalhamento do Componente AD do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, de acordo com o roteiro técnico ANEXO A e ANEXO B do Manual Instrutivo do Programa Melhor em Casa e encaminhar ao NAPRIS com a documentação descrita acima.

- o NAPRIS após receber a documentação necessária, irá proceder à análise documental de acordo com a especificidade do projeto e emitir parecer;

- Caso a documentação estiver inconforme, todos os documentos deverão ser devolvidos ao município, acompanhados do parecer contendo as orientações para correção;

- se a documentação estiver correta, encaminhará o parecer favorável, juntamente com toda a documentação à Comissão Intergestores Regional (CIR) para pactuação.

Passo 2- A CIR encaminhará à Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG) toda a documentação e o formulário de pactuação.

Passo 3- A Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG encaminhará à DPAPS/SAPS os documentos para subsidiar a elaboração da resolução.

Passo 4- A DPAPS/SAPS procede à análise documental e emite parecer, pela aprovação ou pela reprovação do projeto.

- Sendo o parecer técnico emitido pela DPAPS/SAPS desfavorável, a documentação retorna ao NAPRIS e posteriormente ao município para que o mesmo possa proceder às adequações solicitadas;

- Nos casos de emissão de parecer técnico favorável, a DPAPS/SAPS encaminhará o referido parecer, juntamente com minuta de deliberação e ofício ao Ministério da Saúde (MS), para a Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG, solicitando pauta para homologar os projetos aprovados em reunião da CIB-SUS-MG.

Passo 5- DPAPS/SAPS devolverá toda a documentação encaminhada, juntamente com a cópia do parecer técnico, ao NAPRIS que deverá arquivá-los.

Passo 6- A Secretaria Executiva da CIB-SUS/MG informará ao MS os municípios que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros.

VALOR DO INVESTIMENTO

- I- **EMAD tipo 1** será repassado o valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil) por mês;
- II- **EMAD tipo 2** será repassado R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil) por mês;
- III- **EMAP** será repassado R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por mês.

O repasse do recurso financeiro está estabelecido no instrumento normativo vigente.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Elaborar o projeto de implantação da AD conforme o instrumento normativo vigente.
- Aprovar o projeto no C.M.S.
- Encaminhar ao NAPRIS a documentação disposta o instrumento normativo vigente.
- Observar as condições para implantação e manutenção do SAD, conforme disposto no instrumento normativo vigente.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.
- Analisar as necessidades de implantação do serviço e sugeri-la aos municípios, quando necessário.
- Orientar os municípios acerca das documentações necessárias e do fluxo de adesão a ser seguido.
- Apoiar os municípios na elaboração do projeto de implantação;
- Analisar as documentações e seguir os trâmites previstos na normatização.
- Informar ao município a portaria do MS referente ao credenciamento do serviço.
- Apoiar o município na implantação e implementação do serviço, de acordo com o planejamento e as diretrizes definidas.
- Acompanhar o funcionamento do serviço, segundo os preceitos regulamentados.
- Identificar as dificuldades da gestão municipal na organização/ funcionamento do serviço e propor ações estratégicas para superá-las.
- Dar ciência em CIR acerca do acompanhamento e monitoramento do serviço.
- Acompanhar Credenciamento/Descredenciamento/Implantação/
Funcionamento das equipes do SAD.
- Informar ao município a portaria do MS referente ao credenciamento do SAD.
- Informar quanto a irregularidades, quando houver, com relação ao funcionamento do SAD através inicialmente de relatório.

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DPAPS

- Estabelecer as normas gerais de funcionamento do serviço para o âmbito estadual em conformidade com a política federal.
- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.
- Analisar as necessidades de implantação do serviço e sugeri-las à URS, quando necessário.
- Analisar as documentações recebidas e seguir os trâmites previstos na normatização.
- Apoiar a URS na organização do serviço em território municipal em consonância com as propostas apresentadas.
- Acompanhar a implantação e implementação do serviço no território municipal com base nas informações da URS.
- Informar a Unidade Regional, via e-mail e memorando a portaria do MS referente ao credenciamento do SAD.
- Oferecer a educação permanente para os profissionais envolvidos na AD.

- Encaminhar para o MS os relatórios com as irregularidades constatadas.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.814, de 26 de agosto de 2013. Dispõe sobre os recursos federais referentes ao incentivo financeiro de custeio mensal para manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), de que trata a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.505, de 24 de julho de 2013. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 761, de 8 de julho de 2013. Estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MG Nº 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.

MINAS GERAIS. RESOLUÇÃO SES/MG Nº 3.875, de 21 de agosto de 2013. Aprova as normas gerais da Política Estadual de Atenção Domiciliar.

PUBLICAÇÕES

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, v. 1, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, v. 2, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo Melhor em Casa – 2013 Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrucao_melhor_casa.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha do Programa Melhor em Casa – 2013 Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/cartilha_folder_melhor_em_casa.df>

CONTATOS

Departamento da Atenção Básica - Ministério da Saúde

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

Correio eletrônico: melhoremcasa@gmail.com

Telefone: (61) 3315-9052/ 3315-9030

Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 – 9959



PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ-AB

DESCRIÇÃO

O PMAQ-AB é um programa que procura induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), 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.

Está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber:

I – Adesão e Contratualização/Recontratualização: Consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores firmados entre o Ministério da Saúde (MS) e os gestores municipais. Os gestores municipais, por sua vez, contratualizam diretamente com as equipes num processo que envolve pactuação local, regional e estadual, com a participação dos espaços de controle social.

II – Desenvolvimento: 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.

III – Avaliação externa: Consiste na avaliação das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes do programa. O Ministério da Saúde em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa realiza visita às equipes para a avaliação de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho.

IV – Recontratualização: Ocorre após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, de forma a estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB.

As equipes participantes no PMAQ serão certificadas, conforme o seu desempenho, considerando:

- Implementação de processos autoavaliativos;
- Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados;
- Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (avaliação externa).

Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos.

O município, a partir da adesão ao programa, receberá, mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por cada equipe contratualizada.

Após o processo de avaliação externa do Programa, o valor a ser transferido por equipe será vinculado ao seu desempenho:

- Insatisfatório: Desclassificadas do programa e deixam de receber o Componente de Qualidade.
- Mediano ou abaixo da média: Continuam recebendo 20% do Componente de Qualidade.
- Acima da média: Ampliam o recebimento para 60% do Componente de Qualidade.
- Muito acima da média: Ampliam o recebimento para 100% do Componente de Qualidade.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

- A adesão será universal para todas as equipes de Atenção Básica (EAB): Equipes de Saúde da Família (eSF), EAB parametrizadas, Equipes de Saúde Bucal (eSB) e equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devidamente regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, quanto aqueles que estão regulamentados pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

- Para que haja homologação das equipes de NASF no PMAQ será preciso que as Equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou EAB para populações específicas vinculadas (indicadas ou confirmadas pelo gestor na contratualização) ao NASF também tenham realizado contratualização ao PMAQ.

- Equipes de Consultório na Rua (eCR) e de Atenção Domiciliar (AD) também poderão aderir ao programa, visando a qualificação do processo de trabalho e de gestão das equipes.

- As adesões serão voluntárias e pressupõem um processo de pactuação num primeiro momento entre equipes e gestores municipais e, posteriormente, desses com o Ministério da Saúde (MS).



FLUXO PARA ADESÃO

Passo 1 - A fase de Adesão consiste na indicação, pelo gestor municipal, do quantitativo de Equipes de Atenção Básica que participarão do programa, por meio do sistema do PMAQ, no Portal do Gestor, disponível em www.saude.gov.br/dab, seguindo o calendário estipulado pelo MS.

Passo 2 – A fase de contratualização/recontratualização consiste na contratualização 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.

Passo 3 - Ao final das etapas descritas no sistema do PMAQ, o próprio gestor deverá gerar um Termo de Compromisso Municipal e uma cópia do Termo de Compromisso específico para cada uma das equipes confirmadas. O Termo das equipes deverá ser impresso e assinado por um responsável da equipe. A adesão esclarecida e voluntária da equipe deve estar registrada em ata de reunião.

VALOR DO INVESTIMENTO

Valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB:

- I - R\$ 8.500,00 (oito mil e quinhentos reais) por Equipe de Atenção Básica contratualizada;
- II - R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) por Equipe de Saúde Bucal vinculada a 1 (uma) ou a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica.
- III - R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 1 (NASF 1);
- IV - R\$ 3.000,00 (três mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 2 (NASF 2);
- V - R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 3 (NASF 3).
- VI - R\$ 8.250,00 (oito mil duzentos e cinquenta reais) por Centro de Especialidades Odontológicas - CEO do Tipo I;
- VII - R\$ 11.000,00 (onze mil reais) por Centro de Especialidades Odontológicas - CEO do Tipo II;
- VIII - R\$ 19.250,00 (dezenove mil duzentos e cinquenta reais) por Centro de Especialidades Odontológicas - CEO do Tipo III.

O município, a partir da adesão ao programa, começa a receber 20% do PAB VARIÁVEL – Componente Qualidade. Após a avaliação externa, as equipes, de acordo com o seu desempenho, podem receber 20%, 60% ou 100% do valor mensal integral, ou perder os 20%, caso seja avaliado como equipe insatisfatória.

COMPETÊNCIAS DAS EQUIPES

- Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e na Política Nacional de Atenção Básica.
- Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso.
- Alimentar o Sistema de Informação vigente de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe.
- Programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade.
- Instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe e para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares.
- Instituir processos autoavaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe.
- Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde.
- Pactuar metas e compromissos para a qualificação da atenção básica com a gestão municipal.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Garantir a composição mínima da(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa, com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
- Manter alimentação regular e consistente do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, com informações referentes à(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa, permitindo o seu monitoramento permanente.
- Garantir oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por equipe de atenção básica, de acordo com a PNAB e traduzida pelos indicadores e padrões de qualidade definidos pelo programa.
- Realizar pactuação com os profissionais da(s) equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF para contratualizar a participação no PMAQ.
- Aplicar os recursos Programa em ações que promovam a qualificação da Atenção Básica.
- Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho da(s) equipes de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF.

- Instituir Processos de Autoavaliação da Gestão e da(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF participante(s) do Programa.
- Implantar Apoio Institucional e Matricial à(s) Equipe(s) de Atenção Básica, Saúde Bucal, ao(s) NASF no município.
- Realizar ações de Educação Permanente com/para a(s) Equipe(s) de Atenção Básica, Saúde Bucal, o(s) NASF.
- Apoiar a instituição de mecanismos de gestão colegiada na(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde.
- Manter alimentação regular e consistente do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, com informações referentes a(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal e NASF participante(s) do Programa, permitindo o seu monitoramento permanente.
- Implantar processo regular de Monitoramento e Avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da Atenção Básica no município.
- Apoiar a realização do processo de Avaliação Externa da(s) Equipe(s) de Atenção Básica, de Saúde Bucal, do(s) NASF participantes do Programa, recebendo as equipes de avaliadores da qualidade e auxiliando-os no contato com as equipes a serem avaliadas, quando necessário.
- Utilizar os resultados dos indicadores e da avaliação externa para auxiliar na pactuação de prioridades de investimentos para melhoria da qualidade na Atenção Básica.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.
- Orientar os municípios acerca das documentações necessárias e do fluxo de adesão a ser seguido.
- Oferecer apoio institucional aos municípios participantes do programa, para potencializar os processos de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.
- Acompanhar e divulgar os resultados da atenção básica no Estado junto aos Municípios.
- Estimular e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.
- Dar ciência em CIR acerca do acompanhamento e monitoramento do serviço.

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DPAPS

- Instituir mecanismos de apoio institucional aos municípios participantes do programa, para potencializar os processos de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

- Implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da atenção básica no Estado.
- Ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado.
- Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias e diretrizes para a implementação do programa no Estado, de acordo com suas diretrizes.
- Contribuir com a coordenação nacional do processo de avaliação externa a que devem ser submetidas as equipes participantes do programa, por meio do CONASS.
- Realizar estudos sobre a viabilidade técnica e financeira para o estabelecimento ou orientação dos mecanismos de cofinanciamento estadual da atenção básica, em convergência com a Política Nacional de Atenção Básica.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.234/GM de 20 de junho de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 562 de 4 e 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654/GM, de 19 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.



PUBLICAÇÕES

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil_NASF: AMAQ-NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Anexa ficha de qualificação dos indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONTATOS

Departamento da Atenção Básica - Ministério da Saúde

Correio eletrônico: pmaq@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9088/ 3315-9086

Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 – 9959



PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA – PROVAB e PROGRAMA MAIS MÉDICOS

DESCRIÇÃO

Os programas PROVAB e Mais Médicos surgiram da necessidade de provimento e fixação de profissionais da saúde em áreas de maior vulnerabilidade. A exemplo do que ocorre em vários países, médicos estão recebendo incentivos para trabalharem nessas localidades.

O PROVAB prevê supervisão semipresencial e à distância; Especialização em Saúde da Família e Comunidade por meio de cursos promovidos pela UNA-SUS; pontuação de 10% para concursos de acesso à Residência médica quando trabalharem nas cidades definidas pela Portaria nº 1.377/GM/MS de 2011, durante o período mínimo de um ano; e se forem bem avaliados em suas funções profissionais.

O Mais Médicos, assim como o PROVAB, prevê supervisão semipresencial e à distância; Especialização em Saúde da Família e comunidade, porém não conta para pontuação na prova de Residência. Ainda difere do PROVAB no tempo de fixação do profissional que é por um período de três anos.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

Os programas oferecem incentivos aos médicos que optarem por atuar nas equipes de saúde da família e outras estratégias de organização da atenção básica, contemplando também equipes que desenvolvem a atenção à saúde das populações ribeirinhas, quilombolas, assentadas e indígenas, conforme editais de publicação.

São municípios com potencial de implantação:

- Capital ou região metropolitana;
- Município com população maior que 100.000 habitantes;
- Grupo Intermediário;
- População rural e pobreza intermediária;
- População rural e pobreza elevada; e
- Populações quilombola, indígena e dos assentamentos rurais.

FLUXO PARA ADESÃO

Passo 1 - O município faz a adesão aos Programas pelo site do Ministério da Saúde, até data estipulada e seguindo critérios do edital específico.

Passo 2 - Após, os médicos fazem a adesão, também pelo site do Ministério e seguindo os critérios do edital específico.

Passo 3 - Finalizados os períodos de adesão, ocorre a publicação da lista de médicos e municípios aonde, respectivamente, os médicos irão se apresentar e desenvolver suas atividades.

Passo 4 - Específico ao médico estrangeiro, do programa “Mais Médicos”, após a publicação de lista de alocação, realizará capacitação, seguido de avaliação de aptidão a exercer as atividades na Atenção Primária e após esta avaliação será emitido pelo CRM, Registro Provisório para exercício de suas atividades.

VALOR DO INVESTIMENTO

Os recursos orçamentários, objeto desta portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde.

Ação: Piso da Atenção Básica Variável- Saúde da Família. Financiamento: bolsa no valor de R\$ 10 mil reais para o médico e repasse de 4 mil reais para o município.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Aderir ao Programa de acordo com edital.
- Validar a apresentação do médico ao município e início das atividades, no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP).
- Validar mensalmente a assiduidade e atividades do profissional, no SGP.
- Específico ao programa Mais Médicos, o município deverá se comprometer com as despesas de moradia e alimentação do profissional, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.

COMPETÊNCIA DO PROFISSIONAL

- Estar devidamente matriculado em instituição de Especialização conforme edital.
- Participar do curso especialização cumprindo todas as atividades previstas.
- Cumprir carga horária e atividades estabelecidas nos documentos normativos da Atenção Primária;

COMPETÊNCIA DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.
- Analisar as necessidades de implantação dos programas e sugeri-los aos municípios, quando necessário.
- Orientar os municípios acerca das documentações necessárias e do fluxo de adesão a ser seguido.

- Informar ao município as portarias do Ministério da Saúde referente aos programas.
- Apoiar o município na implantação e implementação dos programas, de acordo com o planejamento e as diretrizes definidas.
- Acompanhar o funcionamento dos programas, segundo os preceitos regulamentados.
- Identificar as dificuldades da gestão municipal na organização/ funcionamento dos programas e propor ações estratégicas para supera-los.
- Dar ciência em CIR acerca do acompanhamento e monitoramento dos programas.
- Incentivar a adesão das equipes de saúde da família com médicos participantes dos programas no Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso (PMAQ), no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e no e-SUS Atenção Básica.
- Apoiar na fiscalização do cumprimento de carga horária dos médicos nas equipes.

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE **- DPAPS**

- Estabelecer as normas gerais de funcionamento dos programas para o âmbito estadual em conformidade com a política federal.
- Acompanhar as publicações/atos normativos Federal e Estadual.
- Analisar as necessidades de implantação dos programas e sugeri-los à URS, quando necessário.
- Analisar as documentações recebidas e seguir os trâmites previstos na normatização.
- Apoiar a URS na organização dos programas em território municipal em consonância com as propostas apresentadas.
- Acompanhar a implantação e implementação dos programas no território municipal com base nas informações da URS.
- Compor a Comissão de Coordenação Estadual do PROVAB e Mais Médicos e indicar o Coordenador Estadual.
- Disponibilizar infraestrutura para o funcionamento da Comissão de Coordenação Estadual, bem como para as atividades do Coordenador Estadual dos programas, prevendo deslocamentos eventuais aos municípios.
- Auxiliar a Comissão de Coordenação Estadual no acompanhamento dos profissionais inseridos nos municípios e nas eventuais situações de remanejamento dos médicos.
- Apoiar na fiscalização do cumprimento de carga horária dos médicos nas equipes por meio das URS.
- Promover articulação da Comissão de Coordenação Estadual com a Comissão Permanente de Integração Ensino- Serviço (CIES) e o Conselho Estadual de Saúde (CES).

- Incentivar a implantação dos núcleos de telessaúde nos municípios.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

*** PROVAB**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1377, de 13 de julho de 2011, que estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico de ESF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2087, de 01 de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização da Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 3031, de 26 de dezembro de 2012, que altera a Portaria Interministerial nº 2087.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 81, de 21 de janeiro de 2013, que institui valores diferenciados de custeio às ESF de municípios e profissionais integrantes do PROVAB.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 568, de 05 de maio de 2013, dispõe sobre a criação das Comissões de Coordenação Estadual e do Distrito Federal do PROVAB e cria incentivo financeiro de custeio para manutenção e execução de suas atividades no ano de 2013.

Resolução nº 3/2011 –CNRM, dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos programas de Residência Médica – trata dos 10% nas notas dos médicos participantes do PROVAB que durante um ano desenvolveram atividades na AB

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.793, de 19 de junho de 2013, que institui a Comissão de Coordenação Estadual do PROVAB.

Ordem de Serviço SES/MG nº 840, de 28 de agosto de 2013, que nomeia os membros da Comissão de Coordenação Estadual do PROVAB.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.578, de 18 de setembro de 2013, que aprova o Regimento Interno da Comissão de Coordenação do PROVAB.

***MAIS MÉDICOS:**

Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013, que institui o Projeto Mais Médicos e estabelece outras providências.

Decreto Nº 8.040, de 08 de julho de 2013, que institui o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do Projeto Mais Médicos e estabelece outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.369, de 08 de julho de 2013, dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.427, de 12 de julho de 2013, que designa os representantes titulares e suplentes da coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.493, de 18 de julho de 2013, que altera a portaria interministerial nº 1369.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 266, de 24 de julho de 2013, estabelece normas para custeio de despesas com deslocamento dos médicos participantes do Projeto Mais médicos para o Brasil e seus dependentes legais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.834, de 27 de agosto de 2013, institui e redefine valores diferenciais de custeio às Equipes de Saúde da Família que possuam profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento.

OBSERVAÇÃO: Devido ao quantitativo de documentos normativos e recorrentes alterações e atualizações, solicitamos o acesso permanente nos sites dos respectivos programas:

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

<http://provab2013.saude.gov.br>

CONTATOS

Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde – DEPREPS/SGTES

Ministério da Saúde - MS

Correio eletrônico: maismedicos@saude.gov.br

Telefone: 136 - Opção 8 e em seguida Opção 0

Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915-9959



PROJETO ESTRATÉGICO GERAÇÃO SAÚDE

DESCRIÇÃO

Visa estimular a prática de atividade física regular, esporte e lazer, voltados à promoção e manutenção da saúde entre jovens de 12 a 19 anos, assim como a mudança de hábitos alimentares, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e redução do sobrepeso.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

- Possuir Academia(s) de ginástica e atividades afins localizadas nos seus limites territoriais, credenciadas e regularizadas pela Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude;
- Possuir Equipe(s) de Saúde da Família com cobertura igual ou superior a 60% (O percentual de cobertura da ESF será apurado através de informações da Secretaria de Estado de Saúde considerando a média das equipes em funcionamento nos três meses imediatamente anteriores ao mês da data de postagem da documentação especificada neste edital).
- Possuir e indicar profissionais nas áreas de Psicologia e Nutrição para atendimento aos jovens do projeto, no mínimo uma vez por mês, em atividades em grupo e/ou individualizadas.

Os Municípios serão considerados de acordo com seu porte: Porte 1, Porte 2 e Porte 3.

- **Município porte 1:** até 29.999 habitantes, poderão ter 1 (um) núcleo;

- **Município porte 2:** de 30.000 a 99.999 habitantes, poderão ter 2 (dois) núcleos;

- **Município porte 3:** acima de 100.000 habitantes, poderão ter 3 (três) núcleos

* Entende-se por núcleo o conjunto de 100 (cem) vagas para jovens que poderão ser atendidos pelo projeto Geração Saúde.

FLUXO PARA ADESÃO

Passo 1- O município deverá postar via CORREIO, por meio de SEDEX ou Carta com Aviso de Recebimento, para o endereço conforme consta no Edital, a seguinte documentação exigida:

- Ofício do Prefeito à Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude, manifestando o interesse do Município para a implementação e execução do projeto estratégico Geração Saúde, justificando sua necessidade e especificando a abrangência do benefício resultante do Convênio;
- Cópia legível da Carteira de Identidade e CPF do representante legal do município;
- Cópia legível do Termo de Posse ou Ata de Eleição do Prefeito atual;
- Formulário de Inscrição, preenchido e impresso em papel timbrado;

- Declaração que o município já possui Academia(s) de ginástica e atividades afins localizadas nos seus limites geográficos, credenciadas e regularizadas pela Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude para a execução do projeto estratégico Geração Saúde, e assinada pelo representante legal da(s) academia(s);
- Declaração de que disponibilizará atendimento nutricional e psicológico aos beneficiários do projeto estratégico Geração Saúde, constando o número do registro dos profissionais nos respectivos Conselhos e nome da instituição onde realizará os atendimentos e assinatura do responsável.

Passo 2 - A adesão consistirá na análise e aprovação da documentação enviada, pela Comissão Técnica Julgadora.

Passo 3 - Cada Município selecionado, de acordo com a demanda e disponibilidade financeira, celebrará Convênio de Cooperação Técnica com o Governo de Minas, por meio da Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude - SEEJ e da Secretaria de Estado de Saúde – SES, para a execução do projeto estratégico Geração Saúde por um período de 12 (doze) meses, conforme as especificações e condições constantes do Edital.

VALOR DO INVESTIMENTO

O investimento previsto é da ordem de R\$ 10.160.000,00 (dez milhões e cento e sessenta mil reais), o qual pode sofrer alteração de acordo com a necessidade da Administração Pública.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Indicar profissional para ser referência técnica do projeto estratégico Geração Saúde no âmbito municipal.
- Receber a remessa de unidades do “Cartão Geração Saúde” e repassá-la aos jovens do projeto.
- Definir os jovens, considerando a quantidade de vagas disponíveis para o município, discriminadas de acordo com o porte do município.
- Selecionar (identificar e cadastrar) os jovens no SISVAN; (promover uma chamada nutricional ao público escolhido).
- Habilitar o jovem no Sistema Geração Esporte (SIGE): inserir CPF e nome do beneficiário.
- Emitir ao jovem a autorização de participação no Projeto, mediante entrega e assinatura do Termo de Recebimento do “Cartão Geração Saúde”.
- Enviar lista dos jovens selecionados para participar do Projeto à SEEJ, SES, e à Academia contratada.
- Organizar eventos pontuais em datas comemorativas do município, com foco na promoção da saúde.
- Cooperar no desenvolvimento das ações do projeto estratégico Geração Saúde.

- Prover acompanhamento nutricional e psicológico.
- Prover acompanhamento coletivo dos participantes na eSF.
- Acompanhar os jovens via SISVAN.
- Manter atualizado o cadastro do SISVAN.
- Receber os relatórios sobre frequência e tentar buscar os participantes infrequentes para o projeto.
- Monitorar as academias contratadas que atuam no Projeto.
- Recolher o cartão no momento de desligamento do jovem.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Analisar as necessidades de implantação do serviço e sugeri-la aos municípios, quando necessário.
- Orientar os municípios acerca das documentações necessárias e do fluxo de adesão a ser seguido.
- Informar ao município a aprovação da adesão do mesmo ao projeto estratégico Geração Saúde.
- Realizar interface de informações entre SES/SEEJ e município.
- Manter atualizado o cadastro da referência técnica do projeto no nível municipal e repassar à Diretoria de Políticas de Atenção Primária de Saúde (DPAPS).
- Apoiar o município na implantação e implementação do serviço, de acordo com o planejamento e as diretrizes definidas.
- Acompanhar o funcionamento do serviço, segundo os preceitos regulamentados.
- Identificar as dificuldades da gestão municipal na organização/ funcionamento do serviço e propor ações estratégicas para superá-las.
- Divulgar as experiências exitosas realizadas pelos municípios.

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DPAPS E DIRETORIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE E AGRAVOS NÃO- TRANSMISSÍVEIS - DPSANT

- Divulgar o edital para seleção dos municípios.
- Participar de todo o gerenciamento do Projeto.
- Realizar treinamento para os profissionais da ESF em parceria com as Unidades Regionais (SRS/GRS).
- Liberar ordem de serviço para empresa responsável pelos insumos necessários ao desenvolvimento do projeto estratégico Geração Saúde.
- Encaminhar os cartões de acesso aos municípios contemplados, através da referência técnica do projeto estratégico Geração Saúde, indicado pela gestão municipal.

COMPETÊNCIAS DA SECRETARIA DE ESTADO DE ESPORTES E DA JUVENTUDE - SEEJ

- Divulgar o edital para credenciamento das academias.
- Responder pelo gerenciamento do projeto.
- Promover ações de divulgação do projeto estratégico Geração Saúde e de fomento à prática de atividade física.
- Administrar o Sistema de Gestão das Informações do Projeto Estratégico Geração Saúde (SIGE – Geração Saúde).
- Realizar monitoramento do processo de execução do projeto estratégico Geração Saúde.
- Acompanhar e avaliar as academias.
- Oferecer cursos de qualificação para os profissionais envolvidos com o projeto, em parceria com a SES.
- Disponibilizar recursos para o pagamento dos serviços prestados pelas academias contratadas, conforme Edital de Credenciamento;
- Operacionalizar o repasse via cartão.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

MINAS GERAIS. DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.304, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2012. Aprova o projeto estratégico Geração Saúde e divulga Edital para adesão dos municípios ao Projeto.

MINAS GERAIS. DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.615, DE 16 DE OUTUBRO DE 2013. Altera o anexo único da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.304, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2012 que Aprova o projeto estratégico Geração Saúde que terá como objetivo promover a prática de atividade física para redução do sobrepeso em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos e divulga edital para municípios ao projeto.

MINAS GERAIS. DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.693, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2013. Altera o item 6 anexo único da DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.304, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2012 que Aprova o projeto estratégico Geração Saúde que terá como objetivo promover a prática de atividade física para redução do sobrepeso em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos e divulga edital para municípios ao projeto.

PUBLICAÇÕES

MINAS GERAIS. Geração Saúde. Guia do Projeto. 2013. Disponível no sítio eletrônico:
<http://www.esportes.mg.gov.br/esportes/geracao-saude>

CONTATOS

Diretoria de Incentivo ao Esporte de Participação
Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude
Correio eletrônico: geracaosaude@esportes.mg.gov.br
Telefone: (31) 3915-4600 / 4599 / 4598

Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde
Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG
Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br
Telefone: (31) 3915 - 9959



PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA – PEP

DESCRIÇÃO

O Programa de Educação Permanente para Médicos de Família (PEP) é uma ação educacional promovida pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), potencialmente efetivo para mudar a prática e melhorar o desempenho clínico dos médicos e qualificar os cuidados de saúde dos usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Minas Gerais.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

Estruturação de Grupos de Aperfeiçoamento Profissional (GAPs), de oito a doze médicos da Estratégia de Saúde da Família que trabalham na mesma microrregião de saúde.

O médico participante deverá dedicar até 16h/mês às atividades educacionais do programa.

FLUXO PARA ADESÃO

O município manifesta o interesse para participar do programa ao NAPRIS da Unidade Regional de Saúde, que entra em contato com instituição parceira para verificar disponibilidade dos GAPs já existentes. Município dá ciência em CIR e NAPRIS comunica à SAPS.

VALOR DO INVESTIMENTO

Os recursos financeiros destinados ao desenvolvimento do programa são do tesouro estadual e correrão por conta das dotações orçamentárias discriminadas anualmente.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Liberar os profissionais para participar das ações do programa, dentro de seu horário de trabalho, sem prejuízo da prestação de serviços à população.
- Facilitar, incentivar, apoiar, valorizar e reconhecer a participação dos seus médicos no programa.
- Estimular a discussão de assuntos relacionados às necessidades do território.
- Disponibilizar espaço físico adequado para implantação da Sala de Educação Permanente, quando tratar-se de município sede de GAP.

COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

- Participar efetivamente das atividades educacionais do programa.
- Propor a discussão de temas relacionados à sua prática cotidiana e às prioridades de saúde municipais e estaduais.
- Contribuir para a efetividade, qualidade e fidelidade metodológica das atividades educacionais do programa.

COMPETÊNCIAS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

- Coordenar as atividades do programa em sua área de abrangência.
- Garantir a fidelidade às metodologias educacionais preconizadas no programa.
- Promover a educação permanente dos docentes do programa em sua área de abrangência.
- Realizar pesquisas avaliativas, próprias ou em colaboração com as outras universidades, para o desenvolvimento do programa.
- Colaborar com o desenvolvimento e a manutenção do site do PEP (<http://pep.esp.mg.gov.br/>).
- Articular-se com os atores estratégicos, em especial com as SRS/GRS, no sentido de identificar os problemas e encaminhar as soluções para a consolidação do programa em sua área de abrangência.
- Empreender atividades de divulgação, sensibilização e legitimação do programa junto à comunidade acadêmica e aos profissionais de saúde.
- Emitir os relatórios previstos no monitoramento do programa.
- Encaminhar relatório mensal de frequência para a ESP/MG, sendo este enviado posteriormente para a SAPS.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Acompanhar a organização da prática e do funcionamento do PEP segundo os preceitos regulamentados.
- Apoiar o desenvolvimento das ações do PEP, de acordo com o planejamento local.
- Divulgar, apoiar e fortalecer o PEP na área de abrangência.
- Receber da SAPS os relatórios sobre o monitoramento dos GAPs, complementar as informações solicitadas e promover o feedback aos municípios.
- Entrar em contato com os municípios para informar-se sobre a frequência do PEP.
- Realizar informes em CIR sobre o PEP na região.
- Ter estreita relação com a Instituição de Ensino, no tocante ao bom andamento das atividades do PEP.

-Manter atualizados os dados de constituição de equipes, sobretudo, médicos de família, e repassá-los à Instituição de Ensino.

COMPETÊNCIAS DA PARCEIRA EXECUTORA

- Propor a seleção de material bibliográfico referente aos programas estadual e federal nas atividades educacionais do GAP.
- Celebrar os contratos com as Universidades/ Escolas de Medicina parceiras.
- Responsabilizar-se pela gestão administrativa, física e financeira dos contratos com as Universidades/Escolas de Medicina parceiras.
- Administrar o site do PEP.
- Realizar pesquisas sobre assuntos relevantes para o desenvolvimento do programa.
- Acompanhar o desenvolvimento do programa no seus aspectos educacionais e metodológicos.

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DPAPS

- Coordenar, monitorar e avaliar o desenvolvimento do programa no âmbito do Estado.
- Prover os recursos orçamentários e financeiros para o custeio das atividades educacionais do programa.
- Prover os recursos materiais para implantação das salas de educação permanente;
- Estabelecer as metas físicas para acompanhamento o programa.
- Identificar e implementar outras ações relevantes para qualificar e sustentar o PEP nas regiões ampliadas de saúde.
- Encaminhar relatórios mensais de frequência para cada NAPRIS.
- Acompanhar no nível local e regional, por meio das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde (SRS/GRS), o funcionamento do programa.
- Informar a Unidade Regional a Resolução SES-MG referente às normas gerais do programa.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1110, DE 18 DE ABRIL DE 2012. Dispõe sobre as normas gerais do Programa de Educação Permanente para Médicos de Família.

MINAS GERAIS. Resolução SES Nº 3229, DE 18 DE ABRIL DE 2012. Dispõe sobre as normas gerais do programa de educação permanente /PEP para médicos de família e dá outras providências.

CONTATOS

Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 - 9959



IRREGULARIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

DESCRIÇÃO

Diante das inconformidades referentes à estrutura física das UBS, funcionamento e organização das equipes de saúde da família (equipe mínima), descumprimento da carga horária, ausência de alimentação de dados no sistema de informação, o município sofrerá penalidades e suspensão de incentivos.

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse dos recursos do Bloco da Atenção Básica quando detectado, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços caso seja constatado, por meio do monitoramento e ou/ da supervisão direta do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes.

O município receberá a visita do técnico para a confirmação das denúncias. Caso esta seja comprovada, será dado as devidas orientações ao gestor e apazamento para a tomada de providências. Se persistirem as inconformidades será publicado em portaria específica a suspensão dos recursos até a regularização

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Agendar visita dos técnicos da URS quando se fizer necessário.
- Receber os técnicos da URS para supervisão técnica.
- Apresentar aos técnicos da URS documentação comprobatória e a regularização das inconformidades.
- Elaborar o relatório das providências e medidas tomadas diante das inconformidades registradas.
- Encaminhar a documentação disposta na Resolução SES/MG nº 3689, de 19 de março de 2013 ao NAPRIS.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Informar ao município a portaria do Ministério da Saúde referente a suspensão, a denuncia ou auditoria.
- Analisar as necessidades de supervisão técnica no município, caso seja necessário agendar visita.
- Orientar o município na elaboração do relatório e ofício.

- Analisar os documentos e emitir parecer técnico.
- Formalizar junto ao município, a situação encontrada estabelecendo prazo para regularização conforme nota técnica SAPS/DAPS nº 004/2013.
- Encaminhar a documentação para a DPAPS referente à inconformidade.
- Arquivar cópia na regional.
- Apoiar o município com as orientações referentes às normas da Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011.
- Acompanhar a organização da prática e do funcionamento segundo os preceitos regulamentados.
- Dar Ciência à CIR sobre as irregularidades, bem como os prazos.
- Emitir relatório à SAPS, com detalhamento da situação atual do município e condutas realizadas.

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE **- DPAPS**

- Acompanhar portaria de suspensão do Ministério da Saúde.
- Informar a regional a portaria do Ministério da Saúde referente à suspensão, a denúncia ou auditoria.
- Analisar a portaria de suspensão e necessidades de sugerir a regional através de memorando, a visita em loco ao município, quando necessário.
- Analisar memorando da Auditoria Assistencial de acordo com a solicitação registrada (representação do COREN, denúncia Ministério Público ou Auditoria Assistencial).
- Encaminhar a URS memorando com as devidas informações das denúncias e inconformidades.
- Manter o quadro de Grupo de inconformidades alimentado com o registro dos documentos recebidos e expedidos.
- Analisar o parecer técnico enviado pelo NAPRIS e despachar conforme os fluxos. (Se for Auditoria Ministerial – ofício para o DAB com os anexos e parecer do NAPRIS; se for auditoria Assistencial – memorando com relatório de supervisão para DAA; se for representação do COREN – memorando com o ofício do município).
- Encaminhar a CIB-SUS/MG para informe.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

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).

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3689, de 19 de março de 2013. Dispõe sobre as equipes de atenção primária, suspensão do repasse de recursos e condutas perante irregularidades. 2013

MINAS GERAIS. Nota técnica 004/2013, de 11 de setembro de 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/servicos/atencao-primaria/service/422-projeto-de-credenciamento-de-equipes-de-atena-a-o-primaria-a-saa-de>

CONTATOS

Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 – 9959



CRÉDITO RETROATIVO

DESCRIÇÃO

Solicitação retroativa dos recursos financeiros pelos municípios condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários de saúde na Atenção Básica que tiveram a suspensão dos mesmos devido à ocorrência de problemas na alimentação e/ou transferência de arquivos do SCNES ou nos casos em que forem constatadas irregularidades, 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.

CRITÉRIO PARA SOLICITAÇÃO

Municípios que tiveram a suspensão do incentivo financeiro, considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e outros poderão efetuar a solicitação retroativa dos recursos financeiros.

A solicitação deve ser feita no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após o mês em que houve a suspensão do recurso, conforme determina a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

FLUXO PARA SOLICITAÇÃO

Passo 1 - O município deverá preencher o formulário de solicitação de crédito retroativo nos moldes do modelo padrão disponível no site eletrônico www.saude.mg.gov.br, informando o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde (FMS), discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem.

Passo 2 - Imprimir o relatório de produção das equipes de atenção básica referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência de recursos do Sistema de Informação vigente.

Passo 3 - Enviar ofício ao o Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS) da Unidade Regional de Saúde (URS) de referência do município, pleiteando a complementação de crédito e justificando o motivo da suspensão, acompanhado do formulário de solicitação de crédito retroativo e do(s) relatório (os) de produção correspondente.

Passo 4 - O NAPRIS deverá encaminhar à Superintendência de Atenção Primária (SAPS) a documentação encaminhada pelo município, juntamente com parecer técnico favorável à liberação do crédito retroativo.

Passo 3 – A SAPS após analisar a adequação da solicitação encaminhará ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde a solicitação de complementação de crédito dos incentivos, no qual, verificará se a competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

OBSERVAÇÃO: Não deve ser encaminhado cópias de documentos pessoais de nenhum membro da equipe, a não ser que seja solicitado pela SAPS.

O formulário é único para todas as equipes de Atenção Básica, sejam elas, ESF, ESB, EACS, NASF, AD e eCR.

A solicitação de crédito retroativo também estará disponível para os programas PROVAB, Mais Médicos e PMAQ-AB.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Encaminhar a solicitação retroativa ao Núcleo de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS) da Unidade Regional de Saúde (URS) de referência do município devidamente preenchida acompanhada de Ofício (identificando competência financeira, número de equipes solicitadas e a justificativa da solicitação).
- Providenciar urgentemente a resolução do problema de alimentação e/ou envio de dados do SCNES.
- Acompanhar o resultado da solicitação através do site do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br).

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Avaliar a documentação encaminhada do município e emitir o parecer técnico informando se o município faz jus ao recebimento e encaminhá-lo à Superintendência de Atenção Primária a Saúde.
- Orientar os municípios acerca das documentações necessárias e do fluxo de solicitação a ser seguido.
- Analisar as documentações e seguir os trâmites previstos na normatização.
- Identificar as dificuldades da gestão municipal na organização/funcionamento do serviço e propor ações estratégicas para superá-las.

COMPETÊNCIAS DA SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - SAPS

- Analisar as documentações recebidas e seguir os trâmites previstos na normatização.
- Apoiar a URS na organização do serviço em território municipal em consonância com as propostas apresentadas.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

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).

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3689, de 19 de março de 2013. Dispõe sobre as equipes de atenção primária, suspensão do repasse de recursos e condutas perante irregularidades. 2013

CONTATOS

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Departamento da Atenção Básica - Ministério da Saúde

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9044

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 - 9959



SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB

DESCRIÇÃO

O SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) é um banco de dados (Software) desenvolvido pelo DATASUS que foi implantado em 1998 para substituir o Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SISPACS).

Trata-se de um sistema de informação territorializado cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas informações são coletadas em âmbito domiciliar e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas áreas cobertas pelos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Oferece informações sobre a situação de saúde em que as famílias se encontram por meio de uma infinidade de relatórios que devem ser preenchidos com seriedade. Tem por objetivo de agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à ESF/PACS.

IMPORTANTE: Com a implantação do e-SUS o SIAB deverá ser substituído. Esse é um processo que depende de cada município e não será imediato, mas é importante que o gestor esteja atento para conhecer o e-SUS e programar, com o apoio da SES/MG, a implantação.

CRITÉRIO PARA ALIMENTAÇÃO

Todos os municípios que possuem equipes de Estratégia de Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde devem alimentar mensalmente o sistema.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, 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 3.462, de 11 de novembro de 2010. Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

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.

PUBLICAÇÕES

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.ª reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CONTATOS

Departamento de Informática do SUS/DATASUS - Ministério da Saúde

Correio eletrônico: siab@datasus.gov.br

Telefone: (21) 3985-7108

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 - 9959



PISO DE ATENÇÃO BÁSICA – RECURSO PER CAPITA – PAB

DESCRIÇÃO

O recurso per capita (PAB) é transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), com base num valor multiplicado pela população do município. O recurso é calculado pela multiplicação da população de cada município por um valor, fruto de pactuação tripartite e devidamente publicado em portaria específica, levando-se em conta critérios de equidade. A população de cada município é definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

VALOR DO INVESTIMENTO

Fica definido o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios, conforme pontuação calculada segundo critérios definidos no Anexo I a Portaria nº 1.602/GM/MS, de 9 de julho de 2011 e atualizada no anexo I da Portaria nº 1.409 de 10 de julho de 2013:

I – O valor mínimo passa para R\$ 28,00 (vinte e oito reais) por habitante ao ano para municípios integrantes do Grupo I: Municípios com pontuação menor que 5,3 e população de até 50 mil habitantes;

II – O valor mínimo passa para R\$ 26,00 (vinte e seis reais) por habitante ao ano para municípios integrantes do Grupo II: Municípios com pontuação entre 5,3 e 5,8 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,3 e população entre 50 e 100 mil habitantes;

III – O valor mínimo passa para R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) por habitante ao ano para municípios integrantes do Grupo III: Municípios com pontuação entre 5,8 e 6,1 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,8 e população entre 100 e 500 mil habitantes;

IV – O valor mínimo passa para R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano para o Distrito Federal e os municípios integrantes do Grupo IV: Municípios não contemplados nos itens anteriores.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.409/GM, de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser

transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, considerando a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.602/GM, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.



PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – COMPONENTE REFORMA, CONSTRUÇÃO E AMPLIAÇÃO

DESCRIÇÃO

- COMPONENTE REFORMA

Constitui um incentivo para requalificação das Unidades Básicas de Saúde implantadas em território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações. Esse componente é composto por grupos de serviços listados na Portaria 341/2013 e os recursos financeiros totais destinados a essa ação serão definidos por ato específico do Ministério da Saúde periodicamente.

- COMPONENTE AMPLIAÇÃO

Tem por objetivo permitir o repasse de incentivos financeiros para a ampliação de UBS municipais, conforme Portaria 339/2013. Esse componente é definido pela quantidade e tipos de ambiente da Unidade Básica de Saúde, obedecidas às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela Política Nacional de Atenção Básica, disciplinada pelo Ministério da Saúde.

- COMPONENTE CONSTRUÇÃO

Tem por objetivo criar mecanismos que possibilitem o financiamento da construção de novas Unidades Básicas de Saúde, conforme Portaria 340/2013 provendo infraestrutura adequada às Equipes de Saúde da Família - ESF para a melhoria do desempenho de suas ações e estimular a implantação de novas equipes.

O componente construção apresenta especificidades no que tange às propostas habilitadas até o ano de 2012 e a partir do ano de 2013, a saber:

- **Propostas habilitadas no Componente construção até o ano de 2012:**

O componente repassa incentivo para 2 (dois) portes de UBS:

I - UBS Porte I - UBS destinada e apta a abrigar 1 (uma) Equipe de Saúde da Família; e

II - UBS Porte II - UBS destinada e apta abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Saúde da Família.

O porte a ser construído depende do componente no qual o município se enquadra:

I - Componente I: implantação de UBS em Municípios com população de até 50.000 (cinquenta mil) habitantes;

II - Componente II: implantação de UBS em Municípios com população de mais de 50.000 (cinquenta mil) habitantes.

- **Propostas habilitadas do Componente construção a partir do ano de 2013:**

Definição de 4 (quatro) portes de UBS para serem financiados por meio do Componente Construção:

I - UBS Porte I: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 1 (uma) ESF ou equipe de atenção básica, com número de profissionais compatível à 1 (uma) ESF;

II - UBS Porte II: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 2 (duas) ESF ou equipe de atenção básica, com número de profissionais compatível à 2 (duas) ESF;

III - UBS Porte III: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 3 (três) ESF ou equipe de atenção básica, com número de profissionais compatível à 3 (três) ESF; e

IV - UBS Porte IV: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 (quatro) ESF ou equipe de atenção básica, com número de profissionais compatível à 4 (quatro) ESF.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

Qualquer município do estado poderá aderir a quaisquer um dos componentes desde que atenda os requisitos abaixo e demais exigências de portarias específicas.

- COMPONENTE REFORMA

Serão financiadas reformas de UBS implantadas em imóvel próprio do município ou a ele cedido por outro ente federativo com documentação regular cuja metragem seja superior a 153,24 m².

- COMPONENTE AMPLIAÇÃO

Serão financiadas ampliações de UBS implantadas em imóvel próprio do município ou a ele cedido por outro ente federativo, que possua documentação regular, que tenha metragem inferior a 153,24 m² ou metragem superior a 153,24 m², desde que seja ampliada a oferta de serviços.

- COMPONENTE CONSTRUÇÃO

Serão financiadas construções de UBS em imóvel próprio do município ou a ele cedido por no, mínimo, 20 anos, que possua documentação regular e área mínima do terreno em 500 m², 600m², 760 m² ou 890m² a depender do porte da UBS.

FLUXO PARA ADESÃO

O fluxo, prazos e a formatação de apresentação de propostas serão publicizados em instrumento específico, podendo ser vinculados desde Nota Técnica até portarias do MS.

VALOR E REPASSE DAS PARCELAS DO INVESTIMENTO

Os valores e formas de repasses descritos abaixo estão em conformidade com as disposições das Portarias 339, 340 e 341/2013, podendo ser alterados pelo parceiro federal.

- COMPONENTE REFORMA

I - PARA METRAGEM de 153,24 M² até 293,28 m²:

- Valor mínimo do Repasse: R\$ 30.000,00
- Valor máximo do Repasse: R\$ 150.000,00

II - PARA METRAGEM SUPERIOR A 293,28 M²:

- Valor mínimo do Repasse: R\$ 30.000,00
- Valor máximo do Repasse: R\$ 350.000,00

- COMPONENTE AMPLIAÇÃO

I - PARA METRAGEM INFERIOR A 153,24 M²: Valor do Repasse: R\$ 50.000,00

II - PARA METRAGEM SUPERIOR A 153,24 M²: Valor do Repasse: R\$ 250.000,00

O repasse das parcelas dos componentes reforma e ampliação será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo Fundo Municipal de Saúde nos seguintes termos:

I - primeira parcela: equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da Portaria específica de habilitação; e

II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção da respectiva Ordem de Início de Serviço no SISMOB, assinada por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, devidamente ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício e posterior aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS.

- COMPONENTE CONSTRUÇÃO

- ***Para as propostas habilitadas do Componente construção até o ano de 2012, o valor do investimento será:***

- I - UBS de Porte I: R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais); e
- II - UBS de Porte II: R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais).

O repasse das parcelas do componente construção/2012 ocorrerá nos seguintes termos:

I - primeira parcela, equivalente a 10% (dez por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da portaria específica de habilitação;

II - segunda parcela, equivalente a 65% (sessenta e cinco por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção da respectiva Ordem de Início de Serviço no Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo disponível no sítio eletrônico <http://www.fns.saude.gov.br>, assinada por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, ratificada pelo gestor local e encaminhada à CIB através de ofício, e posterior aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS; e

III - terceira parcela, equivalente a 25% (vinte e cinco por cento) do valor total aprovado, após a conclusão da edificação da unidade e a inserção do respectivo atestado no Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo disponível no sítio eletrônico <http://www.fns.saude.gov.br>, assinado por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, ratificado pelo gestor local e encaminhado à CIB através de ofício, e posterior aprovação pelo Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS.

- ***Para as propostas habilitadas do Componente construção até a partir do ano de 2013, o valor do investimento será:***

- I - UBS Porte I: R\$ 408.000,00 (quatrocentos e oito mil reais);
- II - UBS Porte II: R\$ 512.000,00 (quinhentos e doze mil reais);
- III - UBS Porte III: R\$ 659.000,00 (seiscentos e cinquenta e nove mil reais); e
- IV - UBS Porte IV: R\$ 773.000,00 (setecentos e setenta e três mil reais).

O repasse das parcelas do componente construção/2013 ocorrerá nos seguintes termos:

I - primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, após a publicação da portaria específica de habilitação;

II - segunda parcela, equivalente a 60% (sessenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde (SISMOB) da respectiva

Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), ratificada pelo gestor local e encaminhada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) através de ofício, das fotos correspondentes às etapas de execução da obra; e das demais informações requeridas pelo SISMOB;

III - terceira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, após a conclusão da edificação da unidade e a inserção no SISMOB do respectivo atestado de conclusão da edificação da unidade, assinado por profissional habilitado pelo CREA ou CAU, ratificado pelo gestor local e encaminhado à CIB através de ofício; e das fotos correspondentes às etapas de execução e à conclusão da obra; e das demais informações requeridas pelo SISMOB.

OBSERVAÇÃO: Nos três componentes, caso o custo seja superior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos financeiros deverá ser custeada por conta do próprio Município. Caso o custo seja inferior, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo Município para o acréscimo quantitativo de ações dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada.

ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO – SOMENTE PARA COMPONENTE CONSTRUÇÃO

Há a possibilidade de alteração do endereço especificado na proposta de construção de UBS no âmbito do Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde, para os municípios contemplados nos anos de 2009 a 2012 e a partir de 2013, conforme estabelecido na Portaria GM/MS Nº 340 de 4 de março de 2013.

READEQUAÇÃO DE PROPOSTAS

Foi disponibilizada em 2013, para os municípios contemplados no período de 2009 a 2012, a possibilidade de readequação das propostas referentes aos componentes ampliação, reforma e construção, publicados em portarias específicas.

Nos componentes reforma e ampliação foi possibilitando a readequação das propostas visando a real necessidade de intervenção na UBS.

No componente construção foi possibilitado a readequação das propostas devido a alteração da metragem da UBS a ser construída, sendo necessário também, a readequação do projeto.

As readequações aprovadas pelo MS foram publicadas nas Portarias 2840/2013 , 2844/2013 e 2943/2013 e as obras devem seguir as mudanças aprovadas.

PRAZOS PARA EXECUÇÃO DE INSERÇÃO DE ORDEM DE SERVIÇO, CONCLUSÃO DA OBRA E FUNCIONAMENTO DAS UBS

Os prazos para execução de inserção de ordem de serviço, conclusão da obra e funcionamento das UBS dos componentes reforma, ampliação e construção estão definidos em instrumento normativo vigente, publicizado pelo MS.

OBSERVAÇÃO: Devido ao quantitativo de documentos normativos e recorrentes alterações e atualizações, solicitamos o acesso permanente nos sites do SISMOB e do Requalifica UBS, disponíveis em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/> e http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php para atualização.

Na data da edição deste material, encontra-se vigente as Portarias nº 3278/2013, 2840/2013, 2844/2013 e 2943/2013, 339/2013, 340/2013 e 341/2013, que indica o prazo máximo para inserção da Ordem de Início de Serviço, diferenciados nos seguintes casos:

- Propostas não readequadas: Prazo estabelecido para 14/03/2014.
- Propostas readequadas: Prazo estabelecido de 6 (seis) meses a contar da data da publicação da portarias.
- Propostas habilitadas a partir de 2013: Prazo estabelecido de 9 (nove) meses a contar da data de recebimento da 1ª parcela.

PROGRAMA FÍSICO PARA UBS

COMPONENTE CONSTRUÇÃO

Conforme disposto na Resolução SES/MG Nº 3.962, DE 16 DE OUTUBRO DE 2013, no caso da construção ser realizada com recursos federais, de forma exclusiva ou não, deverá ser observado o programa físico disposto na Portaria GM/MS nº 340, de 4 de março de 2013, conforme projetos disponibilizado no sítio eletrônico do SISMOB ou o novo projeto modelo da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) com observância estrita da tipologia aprovada.

COMPONENTES REFORMA E AMPLIAÇÃO

As reformas ou ampliações de UBS, independente da fonte de recurso, deverão atender o programa de ambientes e dimensionamentos mínimos, conforme Anexos I, II e III DA Resolução SES/MG Nº 3.962, DE 16 DE OUTUBRO DE 2013 podendo ser admitidas as flexibilizações disposta na mesma.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Avaliar a necessidade de encaminhar propostas de reforma, ampliação ou construção ao Ministério da Saúde;
- Formular proposta e cadastrá-la corretamente no local indicado;
- Informar as propostas cadastradas à sua Unidade Regional;
- Acompanhar o processo de análise e liberação de recursos pelo MS (via portaria);
- Executar as propostas aprovadas em conformidade com o que foi cadastrado;
- Emitir ofício à DEAPS e encaminhar a ordem de início de serviço ou atesto de conclusão da obra para dar ciência em CIB
- Realizar as devidas adequações caso necessário.
- Atender aos prazos e exigências do MS nos três componentes
- Acompanhar atos normativos e atualizações no respectivo sítio eletrônico do programa.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Apoiar o município na avaliação da situação atual da infraestrutura;
- Acompanhar e orientar as propostas cadastradas, mediante solicitação de informações aos municípios;
- Apoiar os municípios em cada uma das etapas do novo ciclo do programa;
- Acompanhar o processo de análise e liberação de recursos pelo MS (via portaria);
- Acompanhar execução das propostas, informando eventuais irregularidades e descumprimentos das exigências do MS à DEAPS;

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE ESTRUTURA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DEAPS

- Atender as exigências do MS na aprovação de propostas no âmbito do estado.
- Orientar os municípios e as Unidades Regionais em cada uma das etapas do novo ciclo do programa;
- Acompanhar o processo de análise e liberação de recursos pelo MS (via portaria);
- Solicitar ciência à CIB/SUS-MG dos pedidos de liberação de parcelas.



LEGISLAÇÃO VIGENTE

BRASIL. Manual instrutivo: Cadastro de novas propostas de reforma, ampliação e construção de unidades básicas de saúde (UBS). Disponível no site SISMOB.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 339, de 04 de março de 2013. Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 340, de 04 de março de 2013. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 341, de 04 de março de 2013. Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2840 de 26 de novembro de 2013. Divulga a lista de propostas contempladas ao Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde habilitadas a adequação de valores devido à alteração da metragem da UBS a ser construída.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2844 De 26 De Novembro De 2013. Divulga a lista das propostas contempladas ao Componente Ampliação de Unidades Básicas de Saúde habilitadas a adequação das pré-propostas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2943 De 4 De Dezembro De 2013. Divulga a lista de propostas do Componente Reforma de Unidades Básicas de Saúde habilitadas à adequação das pré-propostas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3278 De 26 De Novembro De 2013. Altera o prazo estabelecido no art. 23 da Portaria nº 339/GM/MS, de 4 de março de 2013, no art. 25 da Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013, e no art. 23 da Portaria nº 341/GM/MS, de 4 de março de 2013, que redefine os componentes Ampliação, Construção e Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG Nº 3.962, DE 16 DE OUTUBRO DE 2013. Institui programa físico para as Unidades Básicas de Saúde tipo I, II e III e as Unidades Básicas de Saúde de Apoio (UBS-Apoio).

CONTATOS

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Departamento da Atenção Básica - Ministério da Saúde

Correio eletrônico: qualificaubs@saude.gov.br / plantarequalificaubs@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9054 / 9035 / 9023 / 9061 / 9066 / 5907 / 9037

Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico geral: saps@saude.mg.gov.br

Telefone: (31) 3915 - 9959

Vera Carvalho – vera.santos@saude.mg.gov.br - Telefone: (31) 3915 – 9939

Maria Aparecida Soares – aparecida.soares@saude.mg.gov.br - Telefone: (31) 3915 - 9939



INCENTIVO FINANCEIRO ESTADUAL PARA CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – NOVAS CONTEMPLAÇÕES

DESCRIÇÃO

Consiste no repasse de incentivo financeiro para a construção de Unidade Básica de Saúde (UBS) de acordo com o novo projeto modelo de UBS, cujos contornos definem três tipologias de unidade (tipo I, tipo II e tipo III) de acordo com o número de Equipes de Saúde da Família que podem ser abrigadas e traz doze modalidades de planta baixa, buscando atender à diversidade de terrenos existentes no território mineiro.

CRITÉRIOS PARA ADESÃO E FLUXO DE CONTEMPLAÇÃO

Os critérios para adesão e o fluxo para contemplação (da apresentação da proposta até a efetiva contemplação) estarão dispostos em instrumento normativo específico para cada novo exercício financeiro e serão aprovados em reunião ordinária de CIB-SUS/MG.

VALOR DO INVESTIMENTO

O valor do investimento depende da tipologia (I, II ou III) e da modalidade de unidade solicitados pelo município e indicados pela área técnica de engenharia da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO:

- Acompanhar a publicação de regras gerais, prazos e condições para apresentação de propostas;
- Identificar gargalos na infraestrutura física juntamente com a unidade regional e apresentar propostas condizentes com o diagnóstico realizado;
- Acompanhar o processo de análise das propostas e contemplação;

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE:

- Apoiar na definição de regras gerais e condições para apresentação de propostas;
- Orientar os municípios sobre prazos e forma de apresentação de propostas;
- Apoiar na realização de diagnóstico local de infraestrutura física;

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE ESTRUTURA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DEAPS:

- Propor regras gerais e condições para apresentação de propostas;
- Apoiar na análise e aprovação das propostas;
- Orientar as unidades regionais sobre prazos e forma de apresentação de propostas;

CONTATOS

Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde (DEAPS)

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico geral: saps@saude.mg.gov.br



INCENTIVO FINANCEIRO ESTADUAL PARA CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – 1º e 2º LOTES

DESCRIÇÃO

Consiste no repasse de incentivo financeiro para a construção de Unidade Básica de Saúde (UBS) de acordo com o novo projeto modelo de UBS, cujos contornos definem três tipologias de unidade (tipo I, tipo II e tipo III) de acordo com o número de Equipes de Saúde da Família que podem ser abrigadas e traz doze modalidades de planta baixa, buscando atender à diversidade de terrenos existentes no território mineiro.

CRITÉRIO PARA ADEÇÃO

Todos os municípios do Estado de Minas Gerais desde que se enquadrassem nas hipóteses previstas no instrumento normativo específico.

VALOR DO INVESTIMENTO

O valor do investimento depende da tipologia (I, II ou III) e da modalidade de unidade solicitados pelo município e indicados pela área técnica de engenharia da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). O valor a que cada município faz jus encontra-se publicado nos instrumentos normativos de contemplação, quais sejam, as Resoluções SES/MG nº 3.561, de 07 de dezembro de 2012 e nº 3.771, de 12 de junho de 2013 ou suas alterações.

O valor total da unidade é repassado em parcelas e cada parcela é liberada mediante cumprimento de determinada meta física.

No caso das obras cuja contemplação decorre da Resolução SES nº 3.561/2012 (1º lote), o repasse será feito em duas parcelas, da seguinte forma:

Parcela	Meta Física	Percentual sobre o Valor Total da Obra
1ª	Assinatura dos Termos de Compromisso	30%
2ª	Entrega da Ordem de Início de Serviço	70%

No caso das obras cuja contemplação decorre da Resolução SES nº 3.771/2013 (2º lote), o repasse será feito em três parcelas, da seguinte forma:

Parcela	Meta Física	Percentual sobre o Valor Total da Obra
1ª	Assinatura dos Termos de Compromisso	20%
2ª	Entrega da Ordem de Início de Serviço	60%
3ª	Atestado de Finalização da 3ª fase de Obra	20%

Independente do instrumento de contemplação, os documentos devem ser entregues em meio físico no modelo preconizado à Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde (DEAPS) para análise e aprovação. Caso o documento seja aprovado, o mesmo será inserido no sistema e haverá liberação da parcela ao beneficiário.

MONITORAMENTO DAS OBRAS:

As obras deverão ser acompanhadas pelos técnicos de edificações lotados nas Unidades Regionais e, bimestralmente, deverão ser entregues relatórios informando o status da obra e eventuais inconformidades.

É importante ressaltar que o técnico deve acompanhar, inclusive, se a obra está sendo realizada no endereço publicado no instrumento de contemplação. No caso do 1º e 2º lotes, as Resoluções SES nº 3.715, de 17 de abril de 2013 e nº 3.945, de 11 de outubro de 2013 admitiram a troca de endereço e tipologia das unidades desde que a finalidade da construção fosse mantida e fossem preservados os critérios de população, acesso e número de equipes de Saúde da Família a serem instaladas. As solicitações aprovadas foram formalizadas por instrumento específico, quais sejam, as Resoluções/SES nº 3.864, de 22 de agosto de 2013 e nº 4.149, de 04 de fevereiro de 2014 devendo a construção ser direcionada ao novo local ou observar nova tipologia.

Caso o beneficiário não conste com endereço ou tipologia alterado, deve permanecer com a construção no endereço do instrumento original.

O monitoramento é realizado ainda por intermédio de contatos telefônicos como meio de obter informações mais atualizadas da obra em menor espaço de tempo e poder apoiar, diretamente, na solução de questões relativas tanto aos projetos quanto à execução.

PRORROGAÇÃO DO PRAZO

Segundo a Resolução SES/MG nº 4.063, de 09 de dezembro de 2013, fica prorrogado o prazo para conclusão da construção das unidades de saúde contempladas no primeiro e segundo lotes de habilitação aprovados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.250, de 25 de setembro de 2012 até 31 de dezembro de 2014.

A respectiva prestação de contas deve ser realizada em até 3 (três) meses a contar do término do prazo para conclusão da construção das unidades.

Segundo artigo 2º desta Resolução, o benefício da prorrogação será interrompido e o município será submetido à pena de devolução dos recursos financeiros depositados caso não seja entregue a ordem de início de serviço da construção da unidade até 31 de maio de 2014, nos moldes divulgados pela Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde.

USO DO SALDO DE RECURSOS, PROVIDÊNCIAS IMEDIATAS DO GESTOR LOCAL E CONTRAPARTIDAS DA GESTÃO MUNICIPAL

Estas informações constam da cartilha “Saúde em Casa – Orientações sobre o novo projeto- modelo de UBS”.



MODELO DE DOCUMENTOS:

Modelo da Ordem de Início de Serviço

MODELO EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO
ORDEM DE INÍCIO DE SERVIÇO N° ____/20__
<p>A Prefeitura Municipal de _____, inscrita no CNPJ _____, autoriza a empresa _____, localizada em _____, inscrita no CNPJ _____, mediante contrato celebrado entre as partes n° _____, de acordo com a licitação n° _____, a dar início aos serviços de construção da unidade objeto do contrato acima, localizada no endereço _____ neste município, obedecendo aos padrões técnicos e das exigências descritas na Resolução SES n° 3.441, de 26 de setembro de 2012 e no Termo de Compromisso n° ____/n° resolução_ contemplação.</p> <p>Declaramos que a fundação da obra já se encontra concluída e há plena condição para início da construção.</p> <p>Declaramos ainda que as informações acima correspondem à verdade.</p> <p>Nome do município, UF, _____ / _____ /20__ Data mês</p> <p style="text-align: center;">_____ ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA OBRA NO MUNICÍPIO COM CREA – CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA, COM RESPECTIVO NÚMERO.</p> <p style="text-align: center;">_____ ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DO GESTOR MUNICIPAL COM O RESPECTIVO CARGO (PREFEITO OU SECRETÁRIO MUNICIPAL)</p>

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO:

- Cumprir os prazos para execução das obras e prestação de contas;
- Arquivar os documentos exigidos pelo Decreto Estadual nº 45.468/2010;
- Prestar as informações necessárias sobre a obra e seu funcionamento;
- Entregar os documentos necessários à liberação de parcelas.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE:

- Verificar se os municípios prestaram contas dentro dos prazos pactuados e notificá-los;
- Orientar os municípios sobre a execução das obras, prazos, liberação de parcelas;
- Prestar informações necessárias sobre o processo de contemplação até a conclusão das obras;

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE ESTRUTURA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DEAPS:

- Liberar parcelas caso as exigências sejam atendidas;
- Acompanhar a realização do processo de prestação de contas;
- Prestar informações necessárias sobre o processo de contemplação até a conclusão das obras

LEGISLAÇÃO VIGENTE

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.561, de 07 de dezembro de 2012. Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão de incentivo financeiro para construção de unidades básicas de saúde (UBS).

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.715, de 17 de abril de 2013. Institui prazo para modificação das propostas contempladas no Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.352, de 07 de dezembro de 2012, que estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão de incentivo financeiro para construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.864, de 22 de agosto de 2013. Altera o art. 6º e o Anexo Único da Resolução SES-MG nº 3.561, de 7 de dezembro de 2012 que estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão de incentivo financeiro para construção de unidades básicas de saúde (UBS) e dá outras providências

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.771, de 12 de junho de 2013. Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão de incentivo financeiro para construção de unidades básicas de saúde (UBS).

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.945, de 11 de outubro de 2013. Institui prazo para modificação das propostas contempladas no Anexo Único da Resolução SES nº 3.771, de 12 de junho de 2013, que estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão de incentivo financeiro para construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

MINAS GERAIS. Resolução SES nº 4.063, de 09 de dezembro de 2013 que prorroga o prazo para conclusão da construção das unidades de saúde contempladas no primeiro e segundo lotes de habilitação aprovados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.250, de 25 de setembro de 2012.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 4.149, de 04 de fevereiro de 2014. Altera o art. 6º e o Anexo Único da Resolução SES-MG nº 3.771, de 12 de junho de 2013 que estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão de incentivo financeiro para construção de unidades básicas de saúde (UBS) e dá outras providências.

CONTATOS

Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico geral: saps@saude.mg.gov.br

Diego Pereira – diego.pereira@saude.mg.gov.br - Telefone: (31) 3915 - 9940



INCENTIVO FINANCEIRO ESTADUAL PARA A CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2005 A 2009

DESCRIÇÃO

Consiste no repasse de incentivo financeiro para construção, reforma e/ou ampliação de Unidade(s) Básica(s) de Saúde de acordo com programa físico específico com intuito de melhorar a infraestrutura e ampliar o acesso à atenção primária à saúde.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

Todos os municípios do Estado de Minas Gerais desde que se enquadrassem nas hipóteses previstas no instrumento normativo específico.

PRORROGAÇÃO DO PRAZO

A Resolução SES nº 3.841, de 22 de julho de 2013, instituiu normas gerais para apresentação do plano de encerramento de execução de obra para os municípios referenciados na Resolução SES nº 3.481, de 24 de outubro de 2012 e interessados na obtenção de novo prazo para conclusão das obras. Os municípios deveriam encaminhar um plano de encerramento com uma proposição de cronograma físico, não sendo admitido o prazo superior a 1 (um) ano. Para análise dos planos fora criada, de acordo com as Ordens de Serviço nº 853/2013 e nº 0905/2013, a Comissão de Análise dos Planos de Encerramento de Execução de Obra, composta por membros da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG).

Os municípios que tiveram o plano aprovado deverão formalizar novo termo aditivo cujo anexo será o cronograma de encerramento de execução das obras. Estes municípios terão prazo de prestação de contas de até 3 (três) meses após o término do prazo apontado no plano e esta deverá ser feita pelo Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM) em formulário específico. As orientações para prestação de contas estão disponíveis em instrutivo disponibilizado via e-mail com as orientações para inserção de dados tanto físicos quanto financeiros.

Para os municípios não listados na Resolução SES nº 3.481/2012 não há mais prazo para concluir obras e o prazo para prestação de contas já se encontra expirado, devendo o município tomar as providências cabíveis para regularizar sua situação junto ao parceiro estadual.

VALOR DO INVESTIMENTO

Cada instrumento normativo preconiza um valor específico por tipo de objeto conforme quadro abaixo:

Resolução Estadual	Objeto da Resolução	Valor da Contemplação
Resolução SES nº 796/2005	Reforma e Ampliação de UBS	R\$ 160.000,00
Resolução SES nº 1342/2007	Reforma e Ampliação de UBSR	R\$ 90.000,00
Resolução SES nº 843/2006	Construção UBS	R\$ 150.000,00
Resolução SES nº 1342/2007	UBS – Compartilhada	R\$ 500.000,00
Resolução SES nº 1237/2007	Construção 1 UBSR e Reforma UBS	R\$ 180.000,00
Resolução SES nº 1904/2009	USB TIPO I	R\$ 270.000,00
Resolução SES nº 1904/2009	USB TIPO II	R\$ 345.000,00
Resolução SES nº 1904/2009	USB TIPO III	R\$ 420.000,00
Resolução SES nº 1342/2007	Construção 1 UBSR e Reforma UBS	R\$ 180.000,00
Resolução SES nº 1342/2007	Construção UBS	R\$ 180.000,00
Resolução SES nº 1342/2007	Construção UBSR	R\$ 90.000,00
Resolução SES nº 1087/2006	Reforma e Ampliação de UBS	R\$ 150.000,00
Resolução SES nº 1087/2006	Construção UBS	R\$ 150.000,00
Resolução SES nº 1237/2007	Construção UBS	R\$ 180.000,00
Resolução SES nº 1237/2007	Construção UBSR	R\$ 90.000,00

O beneficiário poderá buscar o valor de contemplação, o endereço da obra e demais informações sobre uso do incentivo financeiro no instrumento normativo de contemplação.

COMPETÊNCIA DO MUNICÍPIO

- Cumprir os prazos para execução das obras e prestação de contas;
- Arquivar os documentos exigidos pelo Decreto Estadual nº 45.468/2010;
- Prestar as informações necessárias sobre a obra e seu funcionamento;

COMPETÊNCIA DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Os técnicos de edificação deverão acompanhar os planos aprovados, de acordo com o cronograma do município de sua área;
- Os técnicos de edificação deverão realizar o monitoramento presencial destas obras e, bimestralmente, informar o cumprimento do cronograma de obra;
- Verificar se os municípios prestaram contas dentro dos prazos pactuados e notificá-los;
- Orientar os municípios sobre a execução das obras, prazos, liberação de parcelas, passo a passo para prestação de contas no sistema GEICOM;

- Prestar informações necessárias sobre o processo de contemplação até a conclusão das obras;
- Informar quaisquer inconformidades ao nível central, apoiando na resolução de problemas.

COMPETÊNCIA DA DIRETORIA DE ESTRUTURA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DEAPS

- Liberar parcelas caso as exigências sejam atendidas;
- Acompanhar a realização do processo de prestação de contas;
- Prestar informações necessárias sobre o processo de contemplação até a conclusão das obras;
- Apoiar na resolução de inconformidades junto à Unidade Regional da área de abrangência;
- Informar novos prazos e regras para conclusão das obras no período.

LEGISLAÇÃO VIGENTE:

MINAS GERAIS. Resolução SES nº 3.841, de 22 de julho de 2013. Institui normas gerais para apresentação do plano de encerramento de execução de obra para os municípios referenciados na Resolução SES nº 3.481, de 24 de outubro de 2012.

MINAS GERAIS. Resolução SES nº 3.481, de 24 de outubro de 2012. Divulga os municípios beneficiados com a prorrogação automática da vigência do termo de compromisso e respectiva prestação de contas de construção, reforma ou ampliação de unidades básicas de saúde de contemplação entre os anos de 2005 a 2009.

CONTATOS

Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde (DEAPS)

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico geral : saps@saude.mg.gov.br

Yang Carlo – yang.galvao@saude.mg.gov.br -Telefone: (31) 3915 - 9958



CO-FINANCIAMENTO DA APS: INCENTIVO FINANCEIRO DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA

DESCRIÇÃO

Consiste no co-financiamento da atenção primária por meio de repasse periódico e diferenciado de incentivo financeiro aos municípios mineiros, baseado em critérios sócio-econômicos e cumprimento de indicadores relacionados às redes de atenção à saúde.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

Os municípios, para fazerem jus ao incentivo financeiro do Programa Estruturador Saúde em Casa, deverão se enquadrar nos critérios específicos para concessão de cada componente do recurso e deverão firmar Termo de Compromisso, por meio de processo digital no Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM).

VALOR DO INVESTIMENTO

Em fevereiro de 2014, foi pactuado na CIB-SUS/MG o novo contrato para o Programa Saúde em Casa que prevê o pagamento de 3 componentes:

I – Valor correspondente às equipes de saúde da família em funcionamento e ao desempenho aferido no monitoramento do termo, considerando:

- Somatório do número de equipes de saúde da família em funcionamento no município nos quatro meses anteriores ao mês de apuração de resultados;
- Fator de alocação de recursos financeiros para atenção à saúde do município; e
- Número de metas cumpridas para cada indicador pelo município com base no número de indicadores para os quais o beneficiário está apto.

O recurso neste componente é pago conforme tabela de fator de alocação abaixo e por equipe sendo que 50% do valor do fator de alocação é fixo e 50% variável, conforme cumprimento de metas:

Fator de Alocação	Valor do fator de alocação
4	R\$ 2.660,00
3	R\$ 2.125,00
2	R\$ 1.700,00
1	R\$ 1.360,00

II- Valor referente à manutenção e o funcionamento das antenas do Canal Minas Saúde instaladas nos pontos de atenção primária, considerando:

- Número de antenas do Canal Minas Saúde instaladas nos pontos de atenção primária, segundo informação do Canal Minas Saúde; e
- Valor de R\$ 80,00 (oitenta reais) por antena, por quadrimestre.

O número de antenas de cada beneficiário cuja manutenção será patrocinada por este componente será publicizado no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

III – Valor complementar referente à duplicação do incentivo estabelecido no inciso I deste artigo para os municípios beneficiados pelo Programa Estruturador Travessia.

A inclusão do beneficiário no componente depende de assinatura de termo de adesão nos prazos e condições dispostos em instrumento normativo específico aprovado em reunião ordinária de CIB-SUS/MG do mês de fevereiro de 2014.

Acréscimo:

Na terceira apuração anual será acrescido, ao montante financeiro total a que o beneficiário faz jus, valor referente à bonificação dos beneficiários para fortalecimento do Projeto Mães de Minas, conforme critérios a serem instituídos em instrumento normativo específico. A bonificação em questão está limitada, no exercício de 2014, ao montante de R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais).

Inovação:

O recebimento do bônus estará condicionado ao cumprimento de todas as metas para os indicadores a que o beneficiário estava apto bem como cumprimento de todas as metas para o indicador “Proporção de nascidos vivos de mães com 7 (sete) ou mais consultas de pré-natal”.

USO DO RECURSO

O incentivo financeiro referente ao Programa Estruturador Saúde em Casa deverá ser utilizado pelo município, exclusivamente, em ações e serviços de Atenção Primária à Saúde, devendo observar, no que tange ao aspecto assistencial, as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

Recomenda-se a destinação de parte do incentivo financeiro de que trata esta Resolução para fixação de profissional dedicado exclusivamente às atividades de gestão nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como forma de desonerar os profissionais da assistência do exercício de atividades administrativas e de suporte comuns às unidades de saúde.

INDICADORES A SEREM MONITORADOS

Segundo novo contrato, a parte variável do incentivo financeiro do Programa Estruturador Saúde em Casa está submetida ao cumprimento de metas para os seguintes indicadores:

- Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica;
- Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib)/Pentavalente em crianças menores de 1 ano de idade;
- Percentual de utilização do Protocolo de Manchester pelas equipes de saúde;
- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.

À exceção dos indicadores “Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib)/Pentavalente em crianças menores de 1 ano de idade” e “Percentual de utilização do Protocolo de Manchester pelas equipes de saúde”, a meta a ser alcançada por cada beneficiário em cada apuração deverá ser pactuada em Comissão Intergestores Regional (CIR) e homologada em CIB-SUS/MG. No caso do indicador “Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib)/Pentavalente em crianças menores de 1 ano de idade”, a meta é universal de 95% e o beneficiário deverá fornecer as informações necessárias à composição do numerador. Por sua vez, no caso do indicador “Percentual de utilização do Protocolo de Manchester pelas equipes de saúde” a meta é de 100% (cem por cento) para todos os municípios aptos, sendo o pagamento proporcional ao número de equipamentos utilizados.

A ficha técnica de cada um dos indicadores está disponível no instrumento normativo que regulamenta a concessão do incentivo financeiro e deverá ser observada em todos os períodos de apuração.

PRESTAÇÃO DE CONTAS

O beneficiário deverá prestar contas anualmente da aplicação dos recursos transferidos no exercício anterior em formulário específico no sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM).

O prazo para inserção das informações será publicizado por instrumento normativo específico e as orientações sobre o processo encontram-se disponíveis no “Instrutivo para Prestação de Contas para o cumprimento do Decreto 45.468/10”.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Acompanhar os indicadores monitorados no contrato;
- Pactuar metas;
- Assinar termo de compromisso, acompanhar os períodos de apuração e validar os resultados;
- Solicitar reunião da Comissão de Acompanhamento (CA), se necessário;
- Prestar contas anualmente dos recursos transferidos;
- Aplicar o recurso de forma devida, observando as disposições vigentes.

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Apoiar no processo de pactuação de metas, analisando a situação do município e série histórica;
- Realizar reuniões de CA, observando diretrizes vigentes e os prazos de entrega;
- Orientar os municípios em cada uma das etapas do ciclo do processo;
- Acompanhar a prestação de contas e informar eventuais penalidades;

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE ESTRUTURA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DEAPS

- Sugerir metas a serem pactuadas pelos municípios;
- Orientar os municípios e as Unidades Regionais em cada uma das etapas do ciclo do processo;
- Realizar a solicitação dos pagamentos e informar os valores depositados;
- Propor orientações de análise pela CA;

- Acompanhar prestação de contas e fazer incidir as penalidades do instrumento vigente.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.488, de 24 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Primária, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária, para a Estratégia Saúde da Família/ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS.

MINAS GERAIS. Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010, que dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo Fundo Estadual de Saúde.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.432, de 12 de setembro de 2012, que estabelece normas para a Prestação de Contas no âmbito dos programas estaduais cadastrados no sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM) a partir de 2011 e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.688, de 19 de março de 2013, que consolida, no âmbito do Programa Estruturador Saúde em Casa, o rol de ações de atenção primária no SUS em Minas Gerais instituindo a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde (PEAPS).

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.689, de 19 de março de 2013, que dispõe sobre as equipes de atenção primária, suspensão do repasse de recursos e condutas perante irregularidades.

MINAS GERAIS. Resolução SES nº XXXX, de XX de fevereiro de 2014. Aprova as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro do Programa Estruturador Saúde em Casa.

CONTATOS

Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde (DEAPS)

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico geral : saps@saude.mg.gov.br

Flávia Sousa – flavia.sousa@saude.mg.gov.br -Telefone: (31) 3915 - 9940



INCENTIVO FINANCEIRO COMPLEMENTAR PARA A CONSTRUÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (PAC)

DESCRIÇÃO

Consiste no repasse de incentivo financeiro complementar para os municípios do Estado de Minas Gerais habilitados pelo Ministério da Saúde a receber recursos referentes ao Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.

CRITÉRIO PARA ADESÃO

Todos os municípios do Estado de Minas Gerais desde que se enquadrassem nas hipóteses previstas no instrumento normativo específico.

PRORROGAÇÃO DO PRAZO

A Resolução SES nº 4.075, de 10 de dezembro de 2013, prorrogou o prazo de execução das obras para todos os municípios beneficiários do recurso em comento, conforme a relação disponível no Anexo Único da referida resolução, sendo 30 de setembro de 2014 o prazo para conclusão das obras e 31 de dezembro de 2014 o prazo para prestação de contas.

VALOR DO INVESTIMENTO

O instrumento normativo preconiza um valor específico por tipo de objeto conforme quadro abaixo:

Objeto	Valor do complemento
UBS Tipo 1	R\$ 90.000,00
UBS Tipo 2	R\$ 78.333,33
UBS Tipo 3	R\$ 20.000,00

O beneficiário poderá buscar o valor de contemplação, o endereço da obra e demais informações sobre uso do incentivo financeiro no instrumento normativo de contemplação.

COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

- Cumprir os prazos para execução das obras e prestação de contas;
- Arquivar os documentos exigidos pelo Decreto Estadual nº 45.468/2010;
- Prestar as informações necessárias sobre a obra e seu funcionamento;

COMPETÊNCIAS DA UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE

- Verificar se os municípios prestaram contas dentro dos prazos pactuados e notificá-los;
- Orientar os municípios sobre a execução das obras, prazos, liberação de parcelas, passo a passo para prestação de contas no sistema GEICOM;
- Prestar informações necessárias sobre o processo de contemplação até a conclusão das obras;
- Informar quaisquer inconformidades ao nível central, apoiando na resolução de problemas.

COMPETÊNCIAS DA DIRETORIA DE ESTRUTURA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - DEAPS

- Acompanhar a realização do processo de prestação de contas;
- Prestar informações necessárias sobre o processo de contemplação até a conclusão das obras;
- Apoiar na resolução de inconformidades junto à Unidade Regional da área de abrangência;
- Informar novos prazos e regras para conclusão das obras no período.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 2.571, de 17 de novembro de 2010. Institui incentivo financeiro complementar para os municípios habilitados pelo Ministério da Saúde a receber recursos referentes ao Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família e define critérios para sua concessão.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 2.772, de 20 de abril de 2011. Altera os art. 5º e 6º da Resolução SES/MG nº 2.571, de 17 de novembro de 2010, que institui incentivo financeiro complementar para os municípios habilitados pelo Ministério da Saúde a receber recursos referentes ao Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família e define critérios para sua concessão, e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.008, de 16 de novembro de 2011. Divulga a relação dos novos municípios aptos a receberem o incentivo financeiro complementar para ao Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família nos termos da Resolução SES/MG nº 2.571, de 17 de novembro de 2010 e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.009, de 16 de novembro de 2011. Institui incentivo financeiro complementar para os municípios do Estado de Minas Gerais habilitados pelo Ministério da Saúde a receber recursos referentes ao Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família – Segunda Etapa do Programa de Aceleração do Crescimento/PAC-2 e define critérios para sua concessão.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.271, de 16 de maio de 2012. Acresce os §§ 3º e 4º ao art. 5º da Resolução SES/MG nº 3.009, de 16 de novembro de 2011, que institui incentivo financeiro complementar para os municípios do Estado de Minas Gerais habilitados pelo Ministério da Saúde a receber recursos referentes ao Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família – Segunda Etapa do Programa de Aceleração do Crescimento/PAC-2 e define critérios para sua concessão.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.272, de 16 de maio de 2012. Acresce os §§ 3º e 4º ao art. 5º da Resolução SES/MG nº 2.571, de 17 de novembro de 2010, que institui incentivo financeiro complementar para os municípios do Estado de Minas Gerais habilitados pelo Ministério da Saúde a receber recursos referentes ao Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família e define critérios para sua concessão.

MINAS GERAIS. RESOLUÇÃO SES/MG Nº 4.075, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2013. Prorroga o prazo para conclusão da construção das unidades básicas de saúde dos municípios contemplados com incentivo financeiro complementar no período de 2010 a 2012.

CONTATOS

Diretoria de Estrutura de Atenção Primária à Saúde (DEAPS)

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG

Correio eletrônico geral : saps@saude.mg.gov.br

Yang Carlo – yang.galvao@saude.mg.gov.br -Telefone: (31) 3915 - 9958



FINANCIAMENTO

O financiamento das ações da atenção primária é de responsabilidade das três esferas de gestão federal, estadual e municipal - de forma complementar. O gasto obrigatório por esfera de governo é baseado na **Emenda Constitucional nº 29 de 2000 e Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**, detalhado a seguir:

- União: aplicará anualmente o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual;
- Estado: no mínimo 12% do orçamento para a saúde;
- Município: no mínimo 15% do orçamento para a saúde.

Para a transferência financeira entre as esferas de governo é utilizado o repasse Fundo a Fundo (**Lei nº 8142/1990; Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**). Os recursos só serão recebidos pelo ente federativo quando atender às condicionalidades abaixo:

- Existência de Fundo Municipal de Saúde (FMS);
- Conselho Municipal de Saúde (CMS) instituído e atuante;
- Existência de Plano Municipal de Saúde;
- Existência de Relatório de Gestão Municipal de Saúde;
- Garantia da contrapartida de recursos para investimento na saúde, no respectivo orçamento.

Até então, existem os seguintes blocos de financiamento da saúde, do governo federal para os municípios (**Portaria GM/ MS nº 204, de 9 de janeiro de 2007 e Portaria GM/ MS nº 837, de 23 de abril de 2009**):

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC);
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Gestão do SUS;
- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Incluído pela **Portaria GM/ MS nº 837, de 23 de abril de 2009**).

O Bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

- Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo: recursos transferidos mensalmente. É calculado com base no número de habitantes cujo valor mínimo é definido por instrumento normativo específico.

- Componente Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável: recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, transferidos mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde. Atualmente, o PAB Variável contém os seguintes recursos: Saúde da Família; Saúde Bucal; Agentes Comunitários de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Compensação de Especificidades Regionais; Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); Consultório na Rua; Incentivo para Ação à Saúde no Sistema Penitenciário e Incentivo para Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.



PLANILHA DE FINANCIAMENTO

COMPONENTES DE FINANCIAMENTO	VALORES (R\$) E INSTRUMENTOS NORMATIVOS	
PAB Fixo	Variável segundo critérios: R\$ 28,00, R\$ 26,00, R\$24,00 ou 23,00 per capita/ano. Consultar o anexo I da Portaria nº 1.409, de 10 de julho de 2013.	
PAB Variável – Incentivo Saúde da Família	eSF modalidade 1 R\$ 10.695,00 por equipe/mês eSF modalidade 2 R\$ 7.130,00 por equipe/mês	Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012
PAB Variável - Incentivo Saúde da Família Implantação	eSF modalidade 1 e 2 . R\$ 20.000,00 Valor por equipe implantada	Portaria nº 650, de 28 de março de 2006
PAB variável – Incentivo Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	R\$ 950,00/mês por ACS	Portaria nº 260, de 21 de fevereiro de 2013
PAB Variável – Incentivo Saúde Bucal	eSB modalidade 1: R\$ 2.230,00 por equipe/mês eSB modalidade 2 : R\$ 2.980,00 por equipe/mês * se vinculada à ESF modalidade 1 acresce o valor de 50%	Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012
PAB Variável - Incentivo Saúde Bucal Implantação	eSB modalidade 1 e 2: R\$ 7.000,00 Valor por equipe. Recebido em parcela única, para investimento na UBS e Curso Introdutório. Cada equipe implantada tem o direito de receber também o equipamento odontológico do MS.	Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012



<p>PAB variável – Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)</p>	<p>NASF modalidade 1: R\$ 20.000,00 por equipe/mês NASF modalidade 2: R\$ 12.000,00 por equipe/mês NASF modalidade 3: R\$ 8.000,00 por equipe/mês</p>	<p>Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013</p>
<p>PAB variável – Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) - Incentivo Implantação</p>	<p>NASF modalidade 1: R\$ 20.000,00 em parcela única NASF modalidade 2: R\$ 12.000,00 em parcela única NASF modalidade 3: R\$ 8.000,00 em parcela única</p>	<p>Portaria nº 548, de 04 de abril de 2013</p>
<p>PMAQ</p>	<p>EAB: R\$ 8.500,00 por equipe/mês (valor integral) ESB: R\$ 2.500,00 por equipe vinculada a 1 ou 2 EAB (valor integral) NASF I: R\$ 5.000,00 por NASF Tipo I/mês. NASF II: R\$ 3.000,00 por NASF Tipo II/mês. NASF III: R\$ 2.000,00 por NASF Tipo III/mês. CEO I: R\$ 8.250,00 por CEO Tipo I/mês. CEOII: R\$ 11.000,00 por CEO Tipo II/mês. CEO III: R\$ 19.250,00 por CEO Tipo III/mês.</p>	<p>Portaria nº 562 de 4 e abril de 2013 Portaria nº 1.234 de 20 de junho de 2013</p>
<p>Consultório na Rua</p>	<p>eCR Modalidade I: R\$ 9.500,00 por mês eCR Modalidade II: R\$ 13.000,00 por mês eCR Modalidade III: R\$ 18.000,00 por mês.</p>	<p>Portaria GM nº 122, de 25 de janeiro de 2012.</p>
<p>Atenção Domiciliar</p>	<p>EMAD tipo 1: R\$ 50.000,00 por mês; EMAD tipo 2: R\$ 34.000,00 por mês;</p>	<p>Portaria Nº 1.814, de 26 de agosto de 2013</p>

EMAP: R\$ 6.000,00 por mês.

Incentivo Estadual à ESF	De R\$ 1.360,00 à 2.660,00 por ESF/mês (depende do valor do Fator de Alocação e do cumprimento de metas)	Resolução SES/MG a ser publicada / homologada na CIB de fevereiro
Incentivo Estadual relativo às antenas do Canal Minas Saúde	R\$ 80,00 por antena do Canal Minas Saúde por quadrimestre	Resolução SES/MG a ser publicada / homologada na CIB de fevereiro
Incentivo Estadual aos beneficiários do Programa Travessia	Duplicação do recurso financeiro relativo ao incentivo estadual à ESF	Resolução SES/MG a ser publicada / homologada na CIB de fevereiro
Bonificação Estadual relativo ao Projeto Mães de Minas	Definido conforme critérios a serem instituídos em instrumento normativo específico.	Resolução SES/MG a ser publicada / homologada na CIB de fevereiro



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Saúde da Família

Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica

Brasília-DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica

Série E. Legislação de Saúde

Brasília-DF
2013

Sumário

Ação 1: induzir a melhoria do acesso e qualidade dos serviços na Atenção Básica (AB)	5
Ação 2: ampliar a adesão ao pré-natal e ao puerpério/atenção integral à saúde da criança por meio da adesão integrada (PMAQ/Rede Cegonha)	8
Ação 3: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica (AB) – recurso per capita .	10
Ação 4: ampliar a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) em todo o território brasileiro.....	12
Ação 5: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio de equipes de Saúde da Família (eSF)	15
Ação 6: ampliar o acesso da população ribeirinha à Atenção Básica à saúde por meio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR).....	19
Ação 7: ampliar o acesso da população ribeirinha à Atenção Básica à saúde por meio de implantação das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)	22
Ação 8: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	26
Ação 9: financiar a construção de Academias da Saúde para as equipes de Atenção Básica	30
Ação 10: ampliar e qualificar a atenção domiciliar – Melhor em Casa	34
Ação 11: ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde por meio das equipes de Consultório na Rua	36
Ação 12: incluir microscopista na Atenção Básica junto às equipes de agentes comunitários de saúde e/ou às equipes de Saúde da Família (eSF)	40
Ação 13: implantação e utilização do Telessaúde Redes para ampliar a resolutividade clínica das equipes de Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde (RAS)	42
Ação 14: implantar o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS).....	46
Ação 15: financiar a aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a Atenção Básica à saúde	52
Ação 16: ampliar o acesso da equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica	54
Ação 17: implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) – Programa Brasil Sorridente.....	57
Ação 18: inclusão de procedimentos de ortodontia/ortopedia e implante dentário no Centro de Especialidades Odontológicas	60
Ação 19: adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	62
Ação 20: implantar Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).....	64

Ação 21: promover a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) nos grandes centros urbanos	67
Ação 22: ampliar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde.....	69
Ação 23: estruturação do cuidado às pessoas com doenças crônicas.....	73
Ação 24: implantar o Programa Saúde na Escola (PSE)	77
Ação 25: alimentação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	79
Ação 26: implantar o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)	82
Ação 27: acompanhar as condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.....	84
Ação 28: implantar o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.....	88
Ação 29: implantar a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável – Amamenta e Alimenta Brasil.....	90
Ação 30: implementar a Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil	93

Ação 1: induzir a melhoria do acesso e qualidade dos serviços na Atenção Básica (AB)

Para quem: municípios e equipes de saúde: Atenção Básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes de Atenção Domiciliar, equipes de Consultório na Rua e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), além do Programa Saúde na Escola.

Produto: equipes de saúde participantes do programa aprimoram os serviços de saúde ofertados e recebem mais recursos.

Objetivos:

I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da Atenção Básica;

II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III – 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;

IV – 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;

V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;

VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados;

VII – 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.

Como implantar o PMAQ:

Passo 1: adesão dos municípios e das equipes de saúde.

Passo 2: 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.

Passo 3: avaliação externa para certificação das equipes de saúde.

Passo 4: recontractualização com municípios e equipes.

Incentivos financeiros:

Fundo a fundo – PAB variável: componente qualidade.

As equipes podem até dobrar o recurso que o município já recebe por meio do PAB variável.

O município, a partir da adesão ao programa, começa a receber 20% do PAB-Qualidade. Após avaliação externa, as equipes, de acordo com seu desempenho, podem receber 20%, 60% ou 100% dos recursos.

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 no Brasil**: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Anexa ficha de qualificação dos indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo_anexo.pdf>. Acesso em: 2011.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654/GM, de 19 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 138, 20 jul. 2011, p. 79.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.396, de 13 de outubro de 2011**. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 703/SAS, de 21 de outubro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 66.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 576/GM, de 19 de setembro de 2011. Estabelece novas regras para a carga horária semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, conforme descrito no Anexo I; estabelece normas para o cadastramento, no CNES, das equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 181, 20 set. 2011, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.089, de 28 de maio de 2012. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 29 maio 2012.

Contatos:

Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA)
Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
Correio eletrônico: pmaq@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-5905/5088

Ação 2: ampliar a adesão ao pré-natal e ao puerpério/atenção integral à saúde da criança por meio da adesão integrada (PMAQ/Rede Cegonha)

O que é a Rede Cegonha?

É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa a 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, e 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.

Quais são os componentes da Rede Cegonha?

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).

Quais as modalidades de adesão à Rede Cegonha?

- **Adesão regional** – para o Distrito Federal e o conjunto de municípios da região de saúde priorizada na CIB, conforme critérios da Portaria GM/MS nº 2.351/2011;
Referente à adesão aos componentes pré-natal e puerpério/atenção integral à saúde da criança, prevê duas possibilidades:
- **Adesão facilitada** – para os municípios que NÃO pertencem à região de saúde priorizada na CIB e que NÃO aderiram ao Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); e
- **Adesão integrada** – para os municípios com adesão ao Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que estão previstos ou não na adesão regional.

Adesão integrada – passo a passo:

Passo 1: acessar o Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica do PMAQ, pelo endereço eletrônico: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/redecegonha/>.

Passo 2: acessar o Termo Aditivo ao Termo de Compromisso do PMAQ, comprometendo-se com as metas/ações da RC.

Passo 3: informar a cobertura SUS (%); os campos (procedimentos, parâmetros e total programado) são preenchidos automaticamente pelo sistema assim que é gerada a estimativa de gestantes do município.

Passo 4: verificar se todos os passos foram concluídos e se a adesão foi finalizada no sistema.

Passo 5: solicitar acesso ao SISPRENATAL WEB por meio do endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sisprenatal para cadastrar a gestante no pré-natal, parto e puerpério, nas unidades de saúde públicas ou conveniadas ao SUS.

Passo 6: o município começa a receber os recursos referentes aos exames novos de pré-natal estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Cegonha mediante publicação de portaria específica.

Legislação:

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-DF, Seção 1, 27 jun. 2011, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 6 out. 2011, p. 58.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br ou saude.mulher@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-5905/5902

Ação 3: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica (AB) – recurso per capita

Para quem: toda a população brasileira.

Produto: fortalecimento das ações de Atenção Básica (AB).

Para que serve: 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. O recurso será calculado pela multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal por um valor, fruto de pactuação tripartite e devidamente publicado em portaria específica, levando-se em conta critérios de equidade. A população de cada município e do Distrito Federal será definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Incentivos financeiros:

O valor mínimo do recurso *per capita*, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal, conforme pontuação calculada segundo critérios definidos na Portaria nº 1.602/GM, de 9 de julho de 2011.

I – O valor mínimo passa para R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano para: municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes;

II – O valor mínimo passa para R\$ 21,00 (vinte e um reais) por habitante ao ano para: municípios com pontuação entre 4,82 e 5,40 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes;

III – O valor mínimo passa para R\$ 19,00 (dezenove reais) por habitante ao ano para: municípios com pontuação entre 5,40 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes;

IV – O valor mínimo permanece em R\$ 18,00 (dezoito reais) por habitante ao ano para: municípios não contemplados nos itens anteriores.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, considerando a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.602/GM, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais

e mensais da parte fixa do PAB. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 131, 11 jul. 2011, p. 50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

Ação 4: ampliar a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) em todo o território brasileiro

Para quem: toda a população brasileira.

Produto: famílias atendidas por agentes comunitários de saúde (ACS).

Para que serve: no processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o 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.

De acordo com os dados relativos à competência de novembro de 2012 (CNES), existem mais de 257 mil 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.

A partir da nova PNAB, é item necessário para implantação da EACS a existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 e, no mínimo, 4 ACS.

Como implantar equipes de agentes comunitários de saúde – passo a passo:

Passo 1: o município deverá apresentar 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 11.350, de 5 de outubro de 2006;
- g) Contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

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

Passo 3: a Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde.

Passo 4: a Secretaria Estadual de Saúde submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Passo 5: a CIB envia a planilha para o Ministério da Saúde.

Passo 6: o Ministério da Saúde publica portaria credenciando o município no Diário Oficial da União.

Passo 7: o município inscreve os ACS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme define a Portaria nº 750/SAS.

Passo 8: o município começa a receber os recursos referentes ao número de ACS implantados e informados no SCNES, mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais.

Incentivos financeiros:

O incentivo será repassado do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, conforme definido na Portaria nº 459/GM, com valor de R\$ 871,00 por ACS implantado no município por mês. No último trimestre de cada ano, será repassada parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do sistema de informação definido para esse fim, no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo.

Legislação:

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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 193, 6 out. 2006, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/SAS, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e de agentes comunitários de saúde, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III desta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 197, 13 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1 n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 459/GM, de 15 de março de 2012. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de agentes comunitários de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 16 mar. 2012, p. 170.

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

Disponível em:

www.saude.gov.br/dab

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-5905/5902

Ação 5: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio de equipes de Saúde da Família (eSF)

Para quem: toda a população brasileira.

Produto: equipes de Saúde da Família implantadas.

Para que serve: a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização, de acordo com os preceitos do SUS. 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.

As ações da Estratégia Saúde da Família são oferecidas por equipes multiprofissionais formadas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS) e, preferencialmente, 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar e/ou 1 ou 2 técnico(s) em Saúde Bucal.

Serão admitidas também, além da inserção integral (jornada de 40 horas semanal para todos os profissionais da equipe mínima), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade nas equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I – Dois médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;

II – Três médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de Saúde da Família;

III – Quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de Saúde da Família;

IV – Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;

V – Um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para

atender a essa especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com essa configuração são denominadas equipes transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência nesse formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que prevêm horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

Como credenciar a Estratégia Saúde da Família (ESF) – passo a passo:

Passo 1: o município deverá apresentar 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.

Passo 2: a Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde.

Passo 3: a Secretaria Estadual de Saúde submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Passo 4: a CIB envia a planilha para o Ministério da Saúde.

Passo 5: o Ministério da Saúde publica o credenciamento do município no Diário Oficial da União.

Passo 6: o município inscreve os profissionais da eSF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme define a Portaria nº 750/SAS.

Passo 7: o município começa a receber os recursos referentes ao número de eSF implantadas e informadas no SCNES, mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais.

Segundo fluxo para implantação e credenciamento das equipes de AB, definido pela Portaria GM nº 2.887/2012, as diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovados pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde ou Conselho de Saúde do Distrito Federal.

Incentivos financeiros:

Os incentivos serão repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a modalidade da eSF na qual o município se enquadre, conforme definido na Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, e Portaria nº 650, de 28 de março de 2006.

Modalidade 1:

Incentivo de implantação por equipe – R\$ 20.000,00 (em duas parcelas de R\$ 10.000,00).

Incentivo de custeio mensal por equipe – R\$ 10.695,00

Fazem jus ao recebimento na modalidade 1: todas as eSF dos municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006; as eSF dos municípios constantes do Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definidos também na Portaria nº 90/GM; e as eSF que atuam em municípios e áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), definidos na Portaria nº 2.920/GM/MS, de 3 de dezembro de 2008.

Modalidade 2:

Incentivo de implantação por equipe – R\$ 20.000,00 (em duas parcelas de R\$ 10.000,00).

Incentivo de custeio mensal por equipe – R\$ 7.130,00.

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Livreto Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001**: regulamentação da Lei nº 8.080/90/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Legislação:

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 Núcleos de Apoio à Saúde da

Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 17 maio 2012.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/SAS, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e de agentes comunitários de saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III desta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 197, 13 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822/GM, 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-DF, Seção 1, 18 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 61, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 576, de 19 de setembro de 2011. Estabelece novas regras para a carga horária semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, conforme descrito no Anexo I; estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 181, 20 set. 2011, p. 79.

Disponível em:

www.saude.gov.br/dab

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-5905/5902

Ação 6: ampliar o acesso da população ribeirinha à Atenção Básica à saúde por meio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR)

Para quem: populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul.

Produto: equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR).

Para que serve: equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial.

Como credenciar as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) – passo a passo:

Passo 1: o município deverá apresentar projeto contendo as seguintes informações:

- a) Território a ser coberto, com estimativa da população residente;
- 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) Especificar as comunidades ribeirinhas adscritas a serem atendidas pela eSFR;
- d) Apresentar proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, como será garantido atendimento de urgência (disponibilidade de ambulanchas para atendimento às comunidades ribeirinhas);
- e) Descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das eSFR;
- f) Listagem da equipe de saúde que prestará atendimento à população;
- g) Descrição da organização das ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população, como o pré-natal e a puericultura dentro dos padrões mínimos recomendados;
- h) Descrição de como a gestão municipal apoiará a eSFR no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação do trabalho dessas equipes;
- i) Estrutura física e equipamentos que estarão disponíveis na Unidade Básica de Saúde;
- j) No caso de a equipe de Saúde da Família Ribeirinha atender mais de um município, indicar o município-sede que receberá os recursos federais.

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

Passo 3: a Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde.

Passo 4: a Secretaria Estadual de Saúde submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Passo 5: a CIB envia para o Ministério da Saúde a relação das eSFR a serem credenciadas.

Passo 6: o Ministério da Saúde publica portaria que credencia o município no Diário Oficial da União.

Passo 7: o município inscreve os profissionais das eSFR no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Então o município começa a receber os recursos referentes ao número de equipes implantadas e informadas no CNES, mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais.

Incentivos financeiros:

- O valor do incentivo mensal de custeio às equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) corresponderá ao valor vigente para o incentivo de custeio das equipes de Saúde da Família, com ou sem profissionais de saúde bucal, classificadas como modalidade I, adicionado ao montante relativo ao custeio de transporte da equipe a comunidades ribeirinhas dispersas na área adscrita no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais);
- O valor do incentivo específico para as equipes que são compostas também pelos profissionais de saúde bucal sempre acrescido de 50%, por serem consideradas equipes de Saúde da Família modalidade I, levará em conta a modalidade específica de composição dos profissionais de saúde bucal nos termos dispostos na PNAB;
- O valor do incentivo financeiro referente aos agentes comunitários de saúde ou microscopistas que integrarem as eSFR corresponderá ao valor de R\$ 871,00 (oitocentos e setenta e um reais), a cada mês, por profissional;
- O valor do incentivo financeiro aos profissionais que poderão se agregar à composição mínima das eSFR é conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Composição mínima das equipes e incentivo referente

Profissionais	Critério para solicitação de ampliação da equipe	Número máximo de cada categoria	Valor do incentivo federal unitário
Agente comunitário de saúde	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 100 pessoas	12	R\$ 871,00
Aux. ou técnico de enfermagem	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas	4	R\$ 1.000,00
Técnico em saúde bucal	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas	1	R\$ 1.000,00
Enfermeiro	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 1.000 pessoas	2	R\$ 2.500,00

Fonte: Portarias de nº 2.488 e 2.490, ambas do Gabinete do Ministro, de 21 de outubro de 2011.

Nos casos em que o município quiser requisitar ampliação da equipe, conforme a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, deve acrescentar essas informações ao projeto, enviando a justificativa de implantação de eSFR ampliada para avaliação do DAB/MS, além de resolução da CIB homologando a solicitação de ampliação.

Legislação:

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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.490/SAS, de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 941, de 22 de dezembro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, de estabelecimentos e equipes que farão parte da população ribeirinha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 jan. 2013.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-5905

Ação 7: ampliar o acesso da população ribeirinha à Atenção Básica à saúde por meio de implantação das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)

Para quem: populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul.

Produto: Unidades Básicas de Saúde Fluviais implantadas.

Para que serve: equipes de Atenção Básica que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

Como implantar as UBSF no município – passo a passo:

Passo 1: o município deverá elaborar proposta que contemple, minimamente, dois documentos: projeto com itinerário de trabalho da UBSF e planos da embarcação.

- **Projeto de implantação da equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF), com itinerário da Unidade de Saúde da Família Fluvial (UBSF), apresentando:**
 - a) Território a ser coberto, com estimativa da população residente;
 - 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 ambulanchas 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 da 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.

- **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. O cadastramento de propostas de convênios para construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais deve ser feito no Sistema de Convênios do Governo Federal (SICONV) para ser analisado pelo Ministério da Saúde;
- 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:
 - I – 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, e 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. Este projeto deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se houver, pela Comissão Intergestores Regional (CIR);
 - II – Título de Inscrição de Embarcação, expedido pela autoridade marítima competente (Capitania dos Portos); e
 - III – 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.

Passo 2: o município submete o projeto de implantação da equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF) para aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Passo 3: a Secretaria Municipal de Saúde envia a proposta para análise da Secretaria Estadual de Saúde ou instância regional.

Passo 4: a Secretaria Estadual de Saúde (SES) submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Passo 5: a CIB envia a resolução CIB e o restante da documentação solicitada para o Ministério da Saúde.

Passo 6:

- Nos casos em que será construída nova embarcação, o Ministério da Saúde aguardará a conclusão da obra e o início das atividades da eSFF para publicar o credenciamento do município no Diário Oficial da União, após envio de resolução CIB aprovando tal credenciamento;

- Nos casos de regulamentação das embarcações já existentes, o Ministério da Saúde publica o credenciamento do município no Diário Oficial da União, após envio de resolução CIB aprovando tal credenciamento.

Passo 7: o município inscreve a Unidade Básica de Saúde Fluvial e os profissionais da eSFF no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O município começa a receber os recursos referentes ao número de embarcações implantadas e informadas no CNES, mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais.

Incentivos financeiros:

- O valor do incentivo mensal de custeio para as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) será repassado na modalidade fundo a fundo, sendo:
 - I – R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) sem profissionais de saúde bucal;
 - II – R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) com profissionais de saúde bucal;
- O valor do incentivo refere-se à quantidade de UBSF cadastrada por município;
- Em caso de necessidade de ampliação da equipe de Saúde da Família Fluvial, o valor do incentivo financeiro que poderá ser agregado é apresentado no quadro abaixo:

Quadro 2 – Composição mínima das equipes e incentivo referente

Profissionais	Critério para solicitação de ampliação da equipe	Número máximo de cada categoria	Valor do incentivo federal unitário
Agente comunitário de saúde	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 100 pessoas	12	R\$ 851,00
Aux. ou técnico de enfermagem	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas	4	R\$ 1.000,00
Técnico em saúde bucal	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas	1	R\$ 1.000,00
Enfermeiro	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 1.000 pessoas	2	R\$ 2.500,00

Fonte: Junção das Portarias de nº 2.488 e 2.490, ambas do Gabinete do Ministro, de 21 de outubro de 2011.

Nos casos de interesse na ampliação da equipe, conforme a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o município deve incluir no projeto a justificativa de implantação de ESFF ampliada para avaliação do DAB/MS, além de resolução da CIB homologando a solicitação de ampliação.

Legislação:

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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.490/SAS, de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 941, de 22 de dezembro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, de estabelecimentos e equipes que farão parte da população ribeirinha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.591, de 23 de julho de 2012. Estabelece os critérios para habilitação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio a que se refere o art. 4º da Portaria nº 2.490/GM/MS, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 jan. 2013.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-5905/5902

Ação 8: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Para quem: toda a população brasileira.

Produto: Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantados.

Para que serve: apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como o número das ações da APS no Brasil. O Ministério da Saúde criou os NASF, regulamentados atualmente pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e complementados pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

Existem três modalidades de NASF:

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: (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 (duzentas) horas semanais; (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; (3) 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: (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais; (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; (3) 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: (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 80 (oitenta) horas semanais; (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; (3) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

Obs.:

- A implantação do NASF em mais de uma modalidade no município/Distrito Federal de forma concomitante não receberá o incentivo financeiro federal correspondente ao NASF;
- O número máximo de NASF 2 ao qual o município pode fazer jus para recebimento dos recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2;
- O número máximo de NASF 3 ao qual o município pode fazer jus para recebimento dos recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 3.

O NASF deve ser constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem em conjunto com os das eSF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as eSF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Para efeito de repasse de recurso federal, poderão compor os NASF: profissional/professor de educação física, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, médico psiquiatra, médico ginecologista, médico pediatra, médico acupunturista, médico homeopata, médico ginecologista/obstetra, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria.

Como implantar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – passo a passo:

Passo 1: 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;
- 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 do planejamento compartilhado entre as eSF e as equipes do NASF;
- f) Proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência e aos demais serviços da rede assistencial;
- g) Descrição da forma de recrutamento, seleção, contratação e carga horária dos profissionais do NASF.

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

Passo 3: a Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde.

Passo 4: a Secretaria Estadual de Saúde submete o pleito do(s) município(s) à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Passo 5: a Secretaria Estadual de Saúde envia ofício para o Ministério da Saúde, comunicando o número de NASF aprovados.

Passo 6: o Ministério da Saúde publica o credenciamento da(s) equipe(s) do NASF no Diário Oficial da União.

Concluído todo esse processo, o município começa a receber, na competência subsequente à implantação, os recursos de implantação e custeio referentes ao número de NASF implantados. Todavia, para manutenção dos recursos em referência, é necessário que o município promova a alimentação mensal dos sistemas de informações nacionais.

Incentivos financeiros:

Os incentivos serão repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a modalidade de NASF.

Modalidade I: incentivo de implantação por equipe do NASF – R\$ 20.000,00 (em parcela única). Incentivo de custeio mensal por equipe do NASF – R\$ 20.000,00.

Modalidade II: incentivo de implantação por equipe do NASF – R\$ 6.000,00. Incentivo de custeio mensal por equipe do NASF – R\$ 6.000,00.

Obs.: os incentivos financeiros ainda não foram adequados às novas regras estabelecidas na Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 2, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 251, 31 dez. 2012, p. 223.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124/GM, de 28 de dezembro de 2012. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/GM, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e agentes comunitários de saúde, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III desta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 197, 13 out. 2006, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 847/GM, de 30 de abril de 2009. Estabelece prazo para que os municípios com Núcleos de Apoio à Saúde da Família credenciados informem sua implantação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 31 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 409/SAS/MS, de 23 de julho de 2008. Institui a FCES - Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, conforme orientação de preenchimento constante no Anexo I desta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 141, 24 jul. 2008, p. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/SAS/MS, de 28 de março de 2008. Inclui no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o tipo de estabelecimento 71 – Centro de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 61, 31 mar. 2008, p. 71.

Disponível em:

www.saude.gov.br/dab

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-5905/5902

Ação 9: financiar a construção de Academias da Saúde para as equipes de Atenção Básica

Para quem: prefeituras de todos os municípios brasileiros.

Produto: novas Academias da Saúde construídas para as equipes de Atenção Básica.

Para que serve: constitui-se em um equipamento da Atenção Básica e como espaço de promoção da saúde. O apoio do Ministério da Saúde caracteriza-se pela transferência de incentivos financeiros para a construção de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

Como implantar Academia da Saúde – passo a passo:

Passo 1: o proponente, geralmente o secretário de saúde do município, deve cadastrar proposta no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br/), pelo *link* Propostas Fundo a Fundo, que acessa o Sistema de Cadastro de Propostas.

Passo 2: para acessar o sistema, é necessária uma senha, que é a mesma dos demais programas. Caso ainda não tenha a senha, cadastre-se ou atualize seu cadastro junto à Divisão de Convênio do Fundo Nacional de Saúde do seu Estado (DICON).

Passo 3: para cadastramento das propostas, há três modalidades de polos de Academia da Saúde a serem financiados:

Modalidade básica: espaço com dimensão mínima de 300 m², dividido em espaço multiuso, com um mínimo de 250 m² (área livre acrescida de furos protegidos para encaixe e armação de tipos de redes utilizadas em jogos esportivos, acrescida com os equipamentos descritos na Portaria GM/MS nº 1.401/2011), e área de vivência, com dimensão mínima de 50 m² (espaço externo coberto destinado a atividades coletivas relacionadas às práticas corporais/atividade física, artes – teatro, música e artesanato – e reuniões de grupos).

Deverá ser construído próximo e na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, constituindo-se em edificação distinta que não se caracterize como reforma e ampliação da UBS e com distância que atenda ao código de obras local ou, quando inexistente, ao código de obras estadual.

O valor a ser transferido a título de incentivo pelo Ministério da Saúde para construção de polo da modalidade básica é de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais).

Modalidade intermediária: espaço com dimensão mínima de 312 m², dividido em espaço multiuso, com área mínima de 250 m² (área livre acrescida de furos protegidos para encaixe e armação de tipos de redes utilizadas em jogos esportivos, acrescida com os equipamentos descritos na Portaria GM/MS nº 1.401/2011), área de vivência, com dimensão mínima de 50 m² (espaço externo coberto destinado a atividades coletivas relacionadas às práticas corporais/atividade física, artes – teatro, música e artesanato – e reuniões de grupos), e depósito de materiais, com no mínimo 12 m².

Deverá ser construído próximo e na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, constituindo-se edificação distinta que não se caracterize como reforma e ampliação da UBS e com distância que atenda ao código de obras local ou, quando inexistente, ao código de obras estadual.

O valor a ser transferido a título de incentivo pelo Ministério da Saúde para construção de polo da modalidade intermediária é de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

Modalidade ampliada: espaço com dimensão mínima de 550 m². Essa modalidade conta com área fechada, chamada estrutura de apoio, com no mínimo 97,5 m², constituída por cinco ambientes internos (sala de vivências, sala de acolhimento, depósito, sanitários e área de circulação), além do espaço multiuso, com dimensão mínima de 200 m² (área livre acrescida de furos protegidos para encaixe e armação de tipos de redes utilizadas em jogos esportivos), e área de equipamentos, com 200 m², com os equipamentos descritos na Portaria GM/MS nº 1.401/2011, e a ambientação do polo, com área mínima de 50 m² (canteiros e jardins).

O valor a ser transferido a título de incentivo pelo Ministério da Saúde para construção de polo da modalidade ampliada é de R\$ 180.000,00 (cento e oitenta mil reais).

O município pode propor qualquer uma das modalidades, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.401/2011.

Passo 4: o proponente deve acompanhar o andamento da(s) proposta(s) pelo Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo e anexar as documentações exigidas (declaração de cessão do espaço de acordo com modelo disponível no site do programa e do FNS).

Passo 5: caso a proposta apresente diligência, realizar as devidas adequações e respeitar os prazos fixados.

Passo 6: em caso de parecer favorável, aguardar publicação de portaria específica habilitando o município e posterior liberação da primeira parcela correspondente a 20% do valor total aprovado.

Passo 7: o município deverá elaborar projeto básico de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.401/2011, seguindo seu anexo, observando metragem mínima e equipamentos, de acordo com o tipo de modalidade solicitada e aprovada.

Obs.: caso haja necessidade de realizar mudança do endereço da construção, o município deverá solicitar a alteração antes do início de obra, de acordo com a Portaria GM/MS nº 359/2012, por meio do sistema *on-line*.

Passo 8: para recebimento da segunda parcela, equivalente a 60% do valor total aprovado, o município deverá enviar, via sistema, os documentos obrigatórios (alvará da obra e ordem de início de serviço assinada pelo gestor e pelo responsável pela obra com respectivo CREA/CAU).

Passo 9: para recebimento da terceira parcela, equivalente a 20% do valor total aprovado, o município deverá enviar, via sistema, os documentos obrigatórios (certificados de conclusão da obra assinados por profissional habilitado pelo CREA/CAU da circunscrição em que foi exercida a respectiva atividade, devidamente ratificado pelo gestor local e informado à Comissão Intergestores Bipartite – CIB – por ofício).

O município tem 24 meses para finalizar a obra.

Incentivos de custeio para os polos da Academia da Saúde

O que é:

Transferência mensal e regular, fundo a fundo, mediante a vinculação do polo do Programa Academia da Saúde a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e após homologação desse ato pelo Ministério da Saúde; ou transferência regular e continuada, fundo a fundo, em parcela única anual, referente às ações financiadas pelo Piso Variável de Vigilância e Promoção em Saúde (PVVPS), mediante a vinculação do polo do Programa Academia da Saúde a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e após homologação desse ato pelo Ministério da Saúde. Cada município e o Distrito Federal deverão optar por uma das formas previstas.

Qual o valor do custeio:

R\$ 3.000,00 mensais por polo de Academia da Saúde, mediante inclusão prévia no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), vinculando à equipe do NASF pelo menos um profissional de saúde de nível superior, com carga horária de 40 horas semanais, ou dois profissionais de saúde de nível superior, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, que serão responsáveis pelas atividades do Programa Academia da Saúde.

R\$ 36.000,00 em transferência regular e continuada, fundo a fundo, em parcela única anual, referente às ações financiadas pelo Piso Variável de Vigilância e Promoção em Saúde (PVVPS), mediante a vinculação do polo do Programa

Academia da Saúde a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e após homologação desse ato pelo Ministério da Saúde.

Quem são os profissionais?

São aqueles previstos no quadro mínimo exigido para compor o NASF.

Publicação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 27)

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 68, 8 abr. 2011, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para construção de polos da Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 121, 27 jun. 2011, p. 107.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.402, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 121, 27 jun. 2011, p. 108.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 359, de 5 de março de 2012. Altera a redação do art. 7º da Portaria nº 1.401/GM/MS, de 15 de junho de 2011, que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para a construção de polos da Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 45, 6 mar. 2012, p. 90.

Disponível em:

www.saude.gov.br/academiadasaude e www.fns.saude.gov.br

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Correio eletrônico: cgan@saude.gov.br

Programa Academia da Saúde:

Correio eletrônico: academiadasaude@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9003

Site: www.saude.gov.br/academiadasaude

Ação 10: ampliar e qualificar a atenção domiciliar – Melhor em Casa

Para quem: pacientes egressos dos serviços de urgência e emergência, serviços hospitalares, oriundos da Atenção Básica e/ou demanda espontânea.

Produto: equipe multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e equipe multidisciplinar de Apoio (EMAP).

Para que serve: ofertar atendimento qualificado com vistas à humanização da atenção, à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, à desinstitucionalização e à 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”), estratégia do governo federal, 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.

Como credenciar as equipes de Atenção Domiciliar – passo a passo:

Passo 1: o gestor elabora projeto de implantação da AD isolado e/ou detalhamento do componente AD do plano de ação da RUE (caso participe), de acordo com as Portarias de nº 2.527/2011 e 1.533/2012, e com base no Manual Instrutivo, disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php.

Passo 2: o gestor encaminha o projeto de implantação da AD isolado e/ou o detalhamento do componente AD na RUE para a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS.

Passo 3: a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS realiza análise dos documentos enviados pelo gestor e publica portaria específica habilitando os estabelecimentos de saúde, com seus respectivos serviços e equipes de Atenção Domiciliar.

Passo 4: o gestor local deverá cadastrar no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme Portaria Ministerial nº 672, de 18 de outubro de 2011, as equipes de EMAD e EMAP no(s) estabelecimento(s) de saúde de acordo com o indicado no projeto de habilitação.

- Para que o repasse do custeio para as EMAD e EMAP seja iniciado, é necessária a publicação de portaria de habilitação, citada na etapa 3, a inserção das equipes no CNES e a presença de resolução CIR (quando existir) e resolução CIB;
- O detalhamento do componente Atenção Domiciliar do plano de ação da Rede de Atenção às Urgências deve ser aprovado por resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (no caso do Distrito Federal) e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), quando esta existir, devendo ser encaminhada para a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar a qualquer momento entre as etapas 2 e 3.

O projeto e a homologação CIB devem ser enviados para a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS por meio do email: melhoremcasa@gmail.com e cópia impressa para o endereço: SAF/SUL, Trecho 2, Lotes 5/6, Torre II, Auditório, Sala 5 – Edifício Premium, Brasília/DF – CEP: 70.070-600.

Incentivos financeiros:

Recurso de custeio:

R\$ 34.560,00 por mês para cada EMAD implantada; e

R\$ 6.000,00 por mês para cada EMAP implantada.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 28 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 17 jul. 2012.

Contatos:

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar
Correio eletrônico: melhoremcasa@gmail.com
Telefones: (61) 3315-9052/9030

Ação 11: ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde por meio das equipes de Consultório na Rua

Para quem: pessoas em situação de rua.

Produto: equipes de Consultório na Rua implantadas.

Para que serve: ampliar o acesso da população em situação de rua à rede de atenção e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes de Consultórios na Rua, serviços da Atenção Básica, que devem seguir os atributos desse ponto de atenção: ser porta de entrada, propiciar atenção integral e longitudinal e coordenar o cuidado da referida população *in loco*.

As equipes de Consultórios na Rua devem realizar as atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes dessas unidades, e devem cumprir carga horária mínima semanal de 30 horas, porém seu horário de funcionamento precisa se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana.

Incentivos financeiros:

As equipes de Consultório na Rua poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde:

- I – Enfermeiro;
- II – Psicólogo;
- III – Assistente social;
- IV – Terapeuta ocupacional;
- V – Médico;
- VI – Agente social;
- VII – Técnico ou auxiliar de enfermagem; e
- VIII – Técnico em saúde bucal.

As equipes dos Consultórios na Rua podem ter três modalidades:

Modalidade I: equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, sendo 2 (dois) de nível superior e 2 (dois) de nível médio.

Modalidade II: equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, sendo 3 (três) de nível superior e 3 (três) de nível médio.

Modalidade III: equipe da modalidade II acrescida de um profissional médico.

Os municípios que receberam incentivos para implantação do então Consultório na Rua deverão, desde já, realizar o cadastro no SCNES numa das modalidades de equipe de Consultório na Rua, vinculando-a a uma UBS, com a finalidade de terem identificação formal e de facilitar a posterior habilitação e custeio pelo Departamento de Atenção Básica.

Após 12 meses de funcionamento e utilização integral dos valores repassados por meio da seleção prevista no edital dos Consultórios na Rua, e da adequação a um dos três formatos de equipes de Consultório na Rua, os atuais Consultórios na Rua poderão ser habilitados e custeados de acordo com as Portarias de nº 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012, conforme fluxo de adequação – **passo a passo:**

1) A Secretaria Municipal de Saúde deverá enviar relatório final da execução do recurso repassado para o Consultório de Rua à Coordenação de Saúde Mental do MS.

2) A Secretaria Municipal de Saúde deverá enviar ao GTEP/DAB/SAS/MS ofício solicitando habilitação do Consultório de Rua para uma das modalidades de equipe de Consultório na Rua.

3) A Secretaria Municipal de Saúde deverá realizar cadastro da(s) equipe(s) no SCNES, adequando as equipes dos Consultórios de Rua para uma das modalidades de equipe de Consultório na Rua, vinculando-a a uma UBS, caso ainda não tenha sido realizado.

4) Após avaliação, o DAB publicará portaria de credenciamento de equipes de Consultório na Rua, passando a repassar mensalmente o incentivo de custeio na competência do mês subsequente, desde que os profissionais tenham sido cadastrados no SCNES.

A adequação das equipes dos Consultórios de Rua para uma das modalidades de equipe de Consultório na Rua deverá ser pactuada e construída em conjunto com as Coordenações da Atenção Básica e de Saúde Mental do município.

Fica instituído o incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de Consultório na Rua, nos seguintes termos:

I – Para a eCR da modalidade I, será repassado o valor de R\$ 9.500,00 (nove mil e quinhentos reais) por mês;

II – Para eCR da modalidade II, será repassado o valor de R\$ 13.000,00 (treze mil reais) por mês; e

III – Para a eCR da modalidade III, será repassado o valor de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês.

O cadastramento das novas equipes dos Consultórios na Rua deverá seguir os trâmites previstos para cadastramento de equipes de Saúde da Família, conforme Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, qual seja:

- 1 – Realizar projeto(s) de implantação das equipes dos Consultórios na Rua;
- 2 – Aprovar o projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos municípios e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde ou à sua instância regional para análise;
- 3 – Encaminhar as propostas de implantação das equipes dos Consultórios na Rua elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos Municipais à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias;
- 4 – Enviar resolução aprovada na CIB ao Ministério da Saúde (responsabilidade: Secretaria de Saúde do Estado);
- 5 – Após análise e publicação de portaria pelo MS, a Secretaria Municipal de Saúde deverá realizar o cadastro no SCNES das equipes dos Consultórios na Rua e sua vinculação a uma UBS.

Legislação:

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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 dez. 2009, p. 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 28 dez. 2009, p. 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por município. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 135, 16 jul. 1990, p. 13.563.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 69, 9 mar. 2001, p. 2.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 96, 21 maio 2010, p. 43.

Disponível em:

www.saude.gov.br/dab

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-5905/5902

Ação 12: incluir microscopista na Atenção Básica junto às equipes de agentes comunitários de saúde e/ou às equipes de Saúde da Família (eSF)

Para quem: municípios da Amazônia Legal que tenham implantado ACS e/ou eSF em dezembro de 2007 e com Índice Parasitário Anual (IPA), no ano de 2008, igual ou acima de 50 casos por mil habitantes e que concentram 80% dos casos de malária.

Produto: microscopistas implantados junto às equipes de ACS e/ou equipes de Saúde da Família.

Para que serve: a Atenção Básica tem, entre suas prioridades, que desenvolver atividades de vigilância em saúde para a população adstrita, tendo maior potencial de detecção e atuação precoce, com o objetivo de ser resolutiva para o manejo dos problemas mais frequentes em seu território. Considerando que a malária é uma das doenças de maior importância epidemiológica na Região Amazônica e que outras enfermidades também podem ser diagnosticadas e tratadas precocemente, o Departamento de Atenção Básica tem disponibilizado recursos financeiros, com o objetivo de incluir o microscopista na Atenção Básica e aumentar o acesso da população, em tempo oportuno, a exames para diagnóstico da malária e outras doenças hemoparasitárias, tais como doença de Chagas e filariose.

Como implantar o microscopista junto às equipes de ACS e/ou eSF – passo a passo:

Passo 1: a Secretaria Municipal de Saúde deve elaborar projeto de implantação, contendo:

- a) Definição do território de atuação;
- b) Descrição da forma de recrutamento, seleção, contratação e carga horária dos microscopistas;
- c) Descrição de quais eSF serão vinculadas, bem como o código do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) da Unidade Básica de Saúde em que os microscopistas serão vinculados.

Passo 2: o projeto deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde (SES) para análise.

Passo 3: após análise pela SES, os projetos que tiverem parecer favorável devem ser encaminhados à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação.

Passo 4: a SES deverá informar ao Ministério da Saúde o número de microscopistas a serem credenciados, conforme deliberação da respectiva CIB.

Incentivos financeiros:

Os incentivos serão repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com o cadastro realizado no SCNES. O valor do incentivo financeiro referente à inclusão de um microscopista na Atenção básica será o mesmo do repassado mensalmente para um ACS, em conformidade aos critérios definidos pela Portaria nº 3.238, de 18 de dezembro de 2009.

Legislação:

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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.238/GM, de 18 de dezembro de 2009. Define critérios para o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na Atenção Básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às equipes de agentes comunitários de saúde e/ou às equipes de Saúde da Família (eSF). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 245, 23 dez. 2009, p. 61.

Disponível em:

www.saude.gov.br/dab

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-5905/5902

Ação 13: implantação e utilização do Telessaúde Redes para ampliar a resolutividade clínica das equipes de Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Para quem: profissionais das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família.

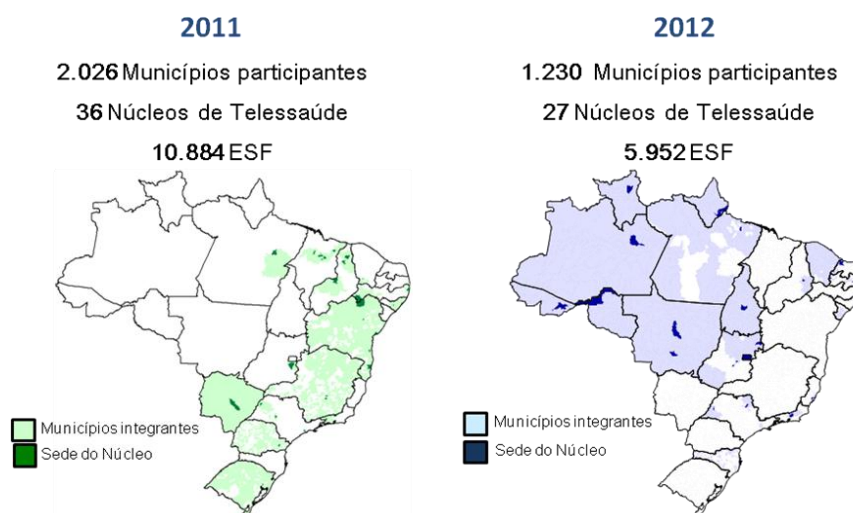
Produto: Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica implantados e Unidades Básicas de Saúde informatizadas e solicitando teleconsultorias regularmente.

Para que serve:

- Aumentar a resolutividade clínica das equipes de Atenção Básica, ampliando a capacidade clínica e de cuidado;
- Melhorar a qualidade dos encaminhamentos para a atenção especializada, reduzindo o número de encaminhamentos desnecessários;
- Informatizar as Unidades Básicas de Saúde.

Processo de adesão: o processo de adesão ao Componente Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica e Informatização das Unidades Básicas de Saúde aconteceu em novembro de 2011. Na ocasião, 3.256 municípios aderiram à proposta, distribuídos em 63 projetos aprovados, totalizando 16.836 eSF beneficiadas. Verifique abaixo a localização dos municípios que aderiram ao Telessaúde:

Figura 1 – Mapas com localização dos municípios que aderiram ao Componente Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica e Informatização das Unidades Básicas de Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Como o município faz adesão ao Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica – passo a passo:

Passo 1: os municípios interessados constroem projetos, estabelecendo parcerias com outros municípios e/ou Estado.

Passo 2: definição da unidade de gestão do projeto, composta por gestores dos municípios e Estado integrantes do projeto.

Passo 3: cada município deve indicar à unidade gestora do projeto a quantidade de equipes de Atenção Básica/Saúde da Família participantes, tanto para ações de informatização quanto para as de Telessaúde.

Passo 4: a unidade gestora do projeto cadastra a proposta no formulário *on-line* no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica (www.saude.gov.br/dab).

Passo 5: o Departamento de Atenção Básica/MS analisa e aprova os projetos.

Passo 6: após publicação das portarias de habilitação para recebimento da 1ª parcela dos recursos, Estados e municípios devem iniciar a implantação dos pontos de Telessaúde nas Unidades Básicas de Saúde e os municípios-sede devem, também, estruturar os Núcleos Técnico-científicos de Telessaúde.

Passo 7: todos os projetos serão acompanhados com relação à oferta e solicitação de teleconsultorias. Compete à Unidade de Gestão Intermunicipal do projeto definir quais as ações necessárias para atingir esse objetivo.

Passo 8: após conclusão da primeira etapa de implantação do projeto, conforme descrito na Portaria nº 1.327, de 28 de dezembro de 2012, Estados e municípios devem solicitar o repasse da segunda e última parcela do recurso.

Passo 9: os projetos devem ser apresentados à CIB ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Passo 10: após conclusão da etapa de implantação do projeto, os projetos poderão ter continuidade de custeio das atividades.

Incentivos financeiros:

O financiamento de projetos de informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica comporta valores máximos dependentes do número de eSF que serão contempladas em cada projeto, conforme definição abaixo:

- I – Máximo de R\$ 750.000,00/ano (setecentos e cinquenta mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 80 (oitenta) eSF, garantindo, no mínimo, a média de 160 (cento e sessenta) teleconsultorias/mês;
- II – Máximo de R\$ 1.000.000,00/ano (um milhão de reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 200 (duzentas) eSF, garantindo, no mínimo, a média de 400 (quatrocentas) teleconsultorias/mês;
- III – Máximo de R\$ 2.000.000,00/ano (dois milhões de reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 400 (quatrocentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 800 (oitocentas) teleconsultorias/mês;
- IV – Máximo de R\$ 2.600.000,00/ano (dois milhões e seiscentos mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 600 (seiscentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.200 (mil e duzentas) teleconsultorias/mês; e
- V – Máximo de R\$ 3.550.000,00/ano (três milhões quinhentos e cinquenta mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 900 (novecentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.800 (mil e oitocentas) teleconsultorias/mês.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 29 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.554, de 28 de outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 29 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.647, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre os valores máximos a serem repassados aos Estados, para o ano de 2011, no âmbito do Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 8 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.815, de 29 de novembro de 2011. Habilita municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 30 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.084, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece recursos financeiros destinados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.229, de 14 de junho de 2012. Estabelece recursos financeiros destinados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 15 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.362, de 2 de julho de 2012. Habilita municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 3 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.327, de 28 de dezembro de 2012. Altera dispositivos da Portaria nº 2.554/GM, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2012.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
Correio eletrônico: telessauderedes@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-5905/5902

Ação 14: implantar o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS)

14.1: financiar a construção de Unidades Básicas de Saúde para as equipes de Saúde da Família

Para quem: todos os municípios brasileiros.

Produto/objeto: novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas para as equipes de Saúde da Família.

Para que serve: as UBS, em sua maioria contempladas pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2), são equipamentos que deverão propiciar o melhor desempenho das ações das equipes de Saúde da Família, melhorando, conseqüentemente, o acesso às ações de saúde para a população. As propostas de implantação de UBS deverão seguir os requisitos estabelecidos no Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para equipes de Saúde da Família.

Como cadastrar e acompanhar o andamento das propostas de UBS para as eSF – passo a passo:

Passo 1: o proponente, geralmente o secretário de saúde do município, deve cadastrar proposta no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br/), pelo *link* Propostas Fundo a Fundo, que acessa o Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo.

Passo 2: para acessar o sistema, é necessária uma senha de acesso, que é a mesma dos demais programas. Caso ainda não tenha a senha de acesso, cadastre-se ou atualize seu cadastro junto à Divisão de Convênio do Fundo Nacional de Saúde do seu Estado (DICON).

Passo 3: para cadastramento das propostas, há dois componentes e dois portes de UBS a serem financiadas:

Componente I:

a) Município com a cobertura de Saúde da Família igual ou superior a 70% (setenta por cento): poderá utilizar a UBS para instalação de eSF já existente ou para nova eSF a ser implantada;

b) Município com a cobertura de Saúde da Família menor que 70% (setenta por cento): somente poderá utilizar a UBS para instalação de nova eSF a ser implantada.

Componente II:

- a) Município com a cobertura de Saúde da Família igual ou superior a 50% (cinquenta por cento): poderá utilizar a UBS para instalação de eSF já existentes ou para novas eSF a serem implantadas;
- b) Município com a cobertura de Saúde da Família menor que 50% (cinquenta por cento): somente poderá utilizar a UBS para instalação de novas eSF a serem implantadas.

Obs.: municípios pequenos cujo CEP é único devem informar o endereço da construção no complemento do endereço.

Passo 4: o proponente deve acompanhar o andamento da(s) proposta(s) pelo Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo e anexar as documentações exigidas (declaração de ocupação e posse pacífica e regular do imóvel, termo de compromisso de expansão das equipes de Saúde da Família, se necessário, e o termo de compromisso de equipar minimamente a UBS).

Passo 5: caso proposta em diligência, realizar as devidas adequações e respeitar os prazos fixados.

Passo 6: caso proposta aprovada, aguardar publicação de portaria específica habilitando o município e posterior liberação da primeira parcela correspondente a 10% do valor total aprovado.

Passo 7: o município deverá iniciar projeto básico de acordo com a Portaria nº 2.226/GM, seguindo os anexos dela e observando metragem mínima e número de ambientes, de acordo com o tipo de unidade solicitada e aprovada.

Obs.: caso haja necessidade de o município realizar mudança do endereço da construção, este deverá solicitar a alteração antes do início de obra, de acordo com a Portaria nº 3.854, de 8 de dezembro de 2010, via sistema.

Passo 8: para recebimento da segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado, o município deverá enviar via sistema (<http://fns.saude.gov.br/>) os seguintes documentos obrigatórios:

- a) Ordem de início de serviço assinada pelo gestor local devidamente identificado e pelo responsável técnico da obra com respectivo CREA/CAU;
- b) Ratificação da ordem de início de serviço pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual.

Passo 9: para recebimento da terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado, o município deverá enviar via sistema (<http://fns.saude.gov.br/>) os seguintes documentos obrigatórios:

- a) Atestado de conclusão de edificação da unidade assinado pelo gestor local devidamente identificado e pelo responsável técnico da obra com respectivo CREA/CAU;

b) Ratificação do atestado de conclusão de edificação da unidade pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual.

Monitoramento das obras de construção de UBS:

As obras de construção de UBS deverão ser monitoradas por meio do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB). Para acessar o sistema pela primeira vez, deverá ter em mãos o CNPJ e a senha do Fundo Nacional de Saúde. Caso não possua essa senha, deverá procurar a DICON do seu Estado. Após acessar o SISMOB com o CNPJ e a senha do fundo, deverá cadastrar/atualizar os dados do prefeito, do técnico (fica a critério do município escolher qual será o técnico que poderá ter acesso ao SISMOB) e do engenheiro responsável pela obra. Após cadastramento deles, todos receberão por e-mail uma senha para alimentar o SISMOB.

O município deverá acessar o sistema a cada 30 dias para informar a sua situação, mesmo que ainda não tenha iniciado as obras.

Informações/documentos a serem inseridos no SISMOB:

- Fotos de antes do início da obra e de cada etapa discriminada no sistema. Caso não tenha fotos anteriores à etapa em que se encontra, deve inserir fotos da etapa atual;
- Informações a respeito do estabelecimento, do imóvel, do projeto, da contratação e da execução da obra.

Obs.: as UBS financiadas pela Portaria nº 2.226/GM deverão obrigatoriamente abrigar as equipes de Saúde da Família e serem identificadas de acordo com os padrões visuais da Estratégia Saúde da Família estabelecidos pelo Ministério da Saúde e que se encontram disponíveis para consulta no sítio eletrônico do departamento.

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de uso da marca saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.226/GM, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 182, 23 set. 2009, p. 654.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.854/GM, de 8 de dezembro de 2010. Altera a redação do art. 7º da Portaria nº 2.226/GM/MS, de 18 de setembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 235, 9 dez. 2010, p. 73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 837/GM, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o bloco de investimentos na rede de serviços de saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 77, 24 abr. 2009, p. 30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

Disponível em:

www.saude.gov.br/dab e www.fns.saude.gov.br

Contatos:

Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos – GTEP
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315- 9037 / 9054 / 9035

14.2: ampliar ou reformar as Unidades Básicas de Saúde

Para quem: todos os municípios brasileiros.

Produto/objeto: ampliação ou reforma das Unidades Básicas de Saúde.

Para que serve: o objetivo do programa é criar incentivo financeiro para as UBS implantadas em todo o território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às equipes de Atenção Básica para o desempenho de suas ações.

Como cadastrar e acompanhar o andamento das propostas de reforma e ampliação de UBS:

Passo 1: para pleitear a habilitação no Programa de Requalificação de UBS – COMPONENTE REFORMA OU AMPLIAÇÃO, o ente federativo deverá, inicialmente, acessar o sítio eletrônico do Ministério da Saúde (<http://dab.saude.gov.br/sistemas/qualificaUbs/>) e obter o formato da pré-proposta, a qual, após a finalização, deverá ser encaminhada à respectiva CIB para validação.

Passo 2: após a validação das pré-propostas pelas CIB ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Ministério da Saúde poderá aprovar, total ou parcialmente, a listagem das propostas recebidas e seus respectivos valores, utilizando, em sua avaliação, o percentual de população em situação de extrema pobreza e o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* da respectiva Unidade de Federação e municípios.

Passo 3: após análise e aprovação da lista de propostas, o Ministério da Saúde publicará ato normativo específico habilitando o município ou o Distrito Federal ao recebimento do incentivo financeiro previsto no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.

Passo 4: uma vez contemplado em portaria, o repasse dos recursos financeiros será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo Fundo Municipal de Saúde ou ao Fundo de Saúde do Distrito Federal, na forma abaixo definida:

I – Primeira parcela: equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da portaria específica de habilitação; e

II – Segunda parcela: equivalente a 80% do valor total aprovado, mediante a apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia – CREA ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo – CAU, ratificada pelo gestor local e pela CIB.

Obs.: a ordem de início de serviço de reforma e ampliação deverá ser postada no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) por meio do sítio: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/>.

Acessando o Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB):

Para acessar o SISMOB pela primeira vez, deverá ter em mãos o CNPJ e a senha do Fundo Nacional de Saúde. Caso não possua essa senha, deverá procurar a DICON do seu Estado. Após acessar o SISMOB com o CNPJ e a senha do fundo, deverá cadastrar/atualizar os dados do prefeito, do técnico (fica a critério do município escolher qual será o técnico que poderá ter acesso ao SISMOB) e do engenheiro responsável pela obra. Após cadastramento deles, todos receberão por e-mail uma senha para alimentar o SISMOB.

O município deverá acessar o sistema a cada 30 dias para informar a sua situação, mesmo que ainda não tenha iniciado as obras.

Informações/documentos a serem inseridos no SISMOB:

- Ordem de início de serviço ratificada pela CIB Estadual;
- Fotos de antes do início da obra e de cada etapa discriminada no sistema. Caso não tenha fotos anteriores à etapa em que se encontra, deve inserir fotos da etapa atual;
- Informações a respeito do estabelecimento, do imóvel, do projeto, da contratação e da execução da obra.

O componente **REFORMA**, no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, foi instituído por meio da Portaria nº 2.206, de 19 de setembro de 2011.

O componente ampliação, no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, foi instituído por meio da Portaria nº 2.394, de 11 de outubro de 2011.

Contatos:

Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos – GTEP

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315- 9037 / 9054 / 9035

Requalifica UBS: qualificaubs@saude.gov.br

Ação 15: financiar a aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a Atenção Básica à saúde

Para quem: todos os municípios brasileiros.

Produto: aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a Atenção Básica à saúde.

Para que serve: aprimorar os serviços da Atenção Básica à saúde, por meio de transferência de recursos fundo a fundo a municípios e ao Distrito Federal, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para a qualificação do trabalho dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde.

Como adquirir equipamentos e materiais permanentes para a Atenção Básica à saúde – passo a passo:

Passo 1: o proponente, geralmente o secretário de saúde do município, deve cadastrar proposta por meio do endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br/).

Passo 2: os pedidos de aquisição dos equipamentos e materiais permanentes deverão ser encaminhados sob a forma de propostas de projetos, constando:

- I – Tipo;
- II – Descrição técnica;
- III – Características técnicas/acessórios;
- IV – Valor estimado do equipamento.

Passo 3: as propostas de projetos referentes ao financiamento de equipamentos e materiais permanentes precisam estar em consonância com:

- O estabelecido no Plano Diretor de Investimento (PDI) das unidades federativas, além de integrar o plano de saúde e ser aprovada pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR), se houver, e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- A natureza do Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) constante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Passo 4: o proponente deve acompanhar o andamento da(s) proposta(s) pelo Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo e anexar as documentações obrigatórias, a saber: termo de compromisso para aquisição de equipamentos e materiais permanentes (disponível para *download* no site: www.fns.saude.gov.br) e resolução da CIB.

Passo 5: caso proposta em diligência, realizar as devidas adequações e respeitar os prazos fixados.

Passo 6: caso proposta aprovada, aguardar publicação de portaria específica habilitando o município e posterior liberação do valor aprovado.

Obs.:

- Os equipamentos de que trata essa portaria deverão, obrigatoriamente, ser destinados a equipar as unidades assistenciais próprias estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- A execução do objeto deverá ocorrer no prazo de até 12 meses, contados a partir da data do recebimento dos recursos;
- Os equipamentos adquiridos deverão ser inseridos no CNES.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.198/GM, de 18 de setembro de 2009. Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e municípios destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica à Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 179, 18 set. 2009, p. 75.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

Disponível em:

www.saude.gov.br/dab e www.fns.saude.gov.br/

Contatos:

Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos (GTEP)
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-9037/9054/9035

Ação 16: ampliar o acesso da equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica

Para quem: população de todos os municípios de todas as Unidades de Federação.

Produto: ampliação do acesso da população às ações das equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica à saúde.

Para que serve: as equipes de Saúde Bucal trabalham integradas às equipes de Saúde da Família, com a composição básica de: cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal para as eSB na modalidade I; e cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal para as eSB na modalidade II.

Como credenciar uma equipe de Saúde Bucal (eSB):

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 eSBSF-M1 ou eSBSF-M2. Caberá às CIBs encaminhar solicitação de credenciamento das eSBSF ao Ministério da Saúde para apreciação e publicação em portaria específica.

A proposta deverá contemplar minimamente os seguintes elementos:

- a) Área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente;
- b) Descrição da estrutura mínima com que contarão as unidades de saúde onde atuarão as eSB;
- c) Definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelas eSB;
- d) Proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços odontológicos 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 eSB.

Requisitos mínimos:

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 Básica 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).

Incentivos financeiros:

O Ministério da Saúde disponibiliza o recurso de implantação no valor de R\$ 7.000,00 (parcela única), para investimento nas unidades básicas e realização de curso introdutório. Além de recursos mensais de custeio de R\$ 2.230,00 para as eSBSF-M1 e R\$ 2.9800,00 para as eSBSF-M2, de acordo com a Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012.

Fazem jus a 50% a mais sobre os valores mensais de custeio as eSB dos municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, e as eSB dos municípios constantes no Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que atendam populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos.

Além dos recursos descritos, o Ministério da Saúde disponibiliza um equipamento odontológico completo para cada equipe de Saúde Bucal, modalidade I, e dois equipamentos odontológicos completos para cada equipe de Saúde Bucal, modalidade II.

Para a implantação efetiva da eSB e para que ela passe a receber os incentivos financeiros, devem ser seguidos os seguintes passos:

- Cadastrar as equipes de Saúde Bucal por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Alimentar mensalmente os Sistemas de Informações: ambulatorial e da Atenção Básica (SIA e SIAB/SUS).

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/GM, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e agentes comunitários de saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III dessa portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 197, 13 out. 2006, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822/GM, 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-DF, Seção 1, 18 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/SAS, de 15 de maio de 2009. Inclui, na tabela de tipos de equipes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), os tipos de equipes: eACSSBM1 – equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal modalidade I e eACSSBM2 – equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal modalidade II. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 92, 18 maio 2009, p. 87.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 194, 9 out. 2009, p. 112.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 22 out. 2011.

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 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 17 maio 2012.

Disponível em:

www.saude.gov.br/bucal

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal
Correio eletrônico: cosab@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-9056

Ação 17: implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) – Programa Brasil Sorridente

Para quem: população de todos os municípios de todas as Unidades de Federação.

Produto: Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) implantados.

Para que serve: os CEOs são estabelecimentos de saúde bucal inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como clínica especializada/ambulatório de especialidade que oferece serviços de odontologia gratuitos à população e realiza, no mínimo, as seguintes atividades:

- I – Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- II – Periodontia especializada;
- III – Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- IV – Endodontia; e
- V – Atendimento a portadores de necessidades especiais.

Como implantar um CEO – passo a passo:

Passo 1 – antecipação do incentivo financeiro para CEO em fase de implantação: o gestor municipal/estadual interessado em implantar um CEO deverá apresentar sua proposta ao Conselho Municipal/Estadual 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 solicitar o credenciamento dos CEOs ao Ministério da Saúde para apreciação e formalização em portaria específica. A proposta deverá contemplar minimamente os seguintes elementos:

- a) Ofício do gestor solicitando o adiantamento do incentivo financeiro de implantação, discriminando: o nome e o endereço da Unidade de Saúde;
- b) Cópia da resolução da CIB aprovando a implantação do CEO;
- c) Cópia do projeto de implantação do CEO aprovado pela CIB, do qual constem as seguintes informações: características populacionais do município, características da Atenção Básica, modalidade de gestão, inserção no Plano Diretor de Regionalização (PDR), características do PDR, características físicas do estabelecimento de saúde incluindo equipamentos, recursos humanos, especialidades ofertadas, população beneficiada e área de abrangência (indicando para qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta);
- d) Termo de compromisso do gestor responsável assegurando o início do funcionamento do CEO em até, no máximo, 3 (três) meses após o recebimento do incentivo, sob pena de devolução ao Fundo Nacional de Saúde dos recursos repassados.

Passo 2 – habilitação do CEO: após publicação da portaria de recursos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal – CEO, dentro do tempo limite de 3 (três) meses, o gestor deverá enviar para a Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS os seguintes documentos devidamente preenchidos, carimbados e assinados pelo gestor distrital, estadual ou municipal para habilitação do CEO (receber custeio mensal):

- a) Ofício solicitando o credenciamento do CEO, informando o número do CNES do serviço; razão social (nome devidamente registrado sob o qual uma pessoa jurídica se individualiza e exerce suas atividades. A razão social diferencia-se do nome dado a um estabelecimento ou do nome comercial com que a empresa pode ser reconhecida junto ao público, o qual é conhecido como nome fantasia); nome fantasia;
- b) Fotos dos ambientes do CEO dos itens considerados obrigatórios conforme o Manual de Adequação Visual, disponibilizado na internet no endereço: www.saude.gov.br/bucal – *link* Publicações;
- c) Preenchimento do anexo da Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005 (disponibilizado na internet no endereço: www.saude.gov.br/bucal) e assinado pelo gestor.

Requisitos mínimos:

- O município deverá possuir uma rede de Atenção Básica à saúde organizada;
- Realizar a produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011;
- Também, além das especialidades mínimas e dos respectivos equipamentos, materiais, profissionais e carga horária, os CEOs devem estar com a adequação visual da unidade com os itens considerados obrigatórios, do Manual de Adequação Visual.

Incentivos financeiros:

Construção, ampliação, reforma, aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos:

- R\$ 60.000,00 por CEO Tipo I para implantação;
- R\$ 75.000,00 por CEO Tipo II para implantação;
- R\$ 120.000,00 por CEO Tipo III para implantação.

Custeio:

- R\$ 8.250,00 por mês para CEO Tipo I;
- R\$ 11.000,00 por mês para CEO Tipo II;
- R\$ 19.250,00 por mês para CEO Tipo III.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005. Antecipa o incentivo financeiro para os Centros de Especialidades Odontológicas

(CEOs) em fase de implantação, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 22 fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 51.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 121, 27 jun. 2011, p. 112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 126, 2 jul. 2012, p. 74.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 911/SAS, de 29 de agosto de 2012. Inclui, no Serviço 114 – Serviço de Atenção em Saúde Bucal, a classificação 007 e dispõe sobre o registro dos procedimentos quando realizados em pessoas com deficiência em Centro de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 169, 30 ago. 2012, p. 68.

Disponível em:

www.saude.gov.br/bucal

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal
Correio eletrônico: cosab@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-9056

Ação 18: inclusão de procedimentos de ortodontia/ortopedia e implante dentário no Centro de Especialidades Odontológicas

A Portaria nº 718/SAS instituiu novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante). Os tratamentos poderão ser realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) – Brasil Sorridente.

Tabela 1 - Procedimentos oferecidos para a especialidade da ortodontia e ortopedia

Procedimento	Código	Valor
Instalação de aparelho ortodôntico	03.07.04.011-9	R\$ 67,00
Aparelho ortodôntico fixo	07.01.07.017-0	R\$ 175,00
Aparelho ortopédico fixo	07.01.07.016-1	R\$ 175,00

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Tabela 2 - Procedimentos que podem ser realizados tanto na Atenção Básica quanto no CEO

Procedimento	Código	Valor
Manutenção/conserto de aparelho ortodôntico e ortopédico	03.07.04.012-7	R\$ 34,00
Aparelho fixo bilateral para fechamento de diastema	07.01.07.001-3	R\$ 10,00
Aparelho ortopédico e ortodôntico removível	07.01.07.002-1	R\$ 60,00
Mantenedor de espaço	07.01.07.006-4	R\$ 10,00
Plano inclinado	07.01.07.008-0	R\$ 5,00

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Tabela 3 - Procedimentos oferecidos para as especialidades de implantodontia e prótese

Procedimento	Código	Valor
Implante dentário osteointegrado	04.14.02.042-1	R\$ 260,10
Prótese dentária sobre implante	07.01.07.015-3	R\$ 300,00

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Financiamento:

Os novos procedimentos irão permanecer por um período no Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC (os pagamentos serão liberados de acordo com a produção apresentada) para formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) dos municípios, Estados e do Distrito Federal, devendo ser publicados em portaria específica.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 718/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010. Republicada em 31 de dezembro de 2010. Retificação na Portaria nº 718/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, de 31 de dezembro de 2010, seção 1, páginas 100 a 113. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 27, 8 fev. 2011, p. 48.

Disponível em:

www.saude.gov.br/bucal

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal
Correio eletrônico: cosab@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-9056

Ação 19: adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi criada por meio da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. No âmbito da saúde bucal, a rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na Atenção Básica, que referenciará para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) apenas os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento.

Incentivos financeiros:

A Portaria Ministerial nº 1.341, de 29 de junho de 2012, criou incentivos adicionais para os CEOs que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Os incentivos são da seguinte ordem:

- R\$ 1.650,00 por mês para CEO Tipo I;
- R\$ 2.250,00 por mês para CEO Tipo II;
- R\$ 3.850,00 por mês para CEO Tipo III.

Como fazer a adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

O gestor municipal ou estadual deve preencher o termo de compromisso (modelo disponível no site www.saude.gov.br/bucal), rubricar todas as páginas do anexo e encaminhar a proposta para a Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS do Ministério da Saúde e uma cópia, para conhecimento, à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Compromissos mínimos:

Todos os CEOs credenciados pelo Ministério da Saúde podem solicitar o incentivo adicional. Para tanto, precisam cumprir compromissos mínimos, que são:

- Disponibilizar 40 horas semanais, no mínimo, para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência;
- Realizar apoio matricial para as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, no tocante ao atendimento e encaminhamento de pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico especializado;
- Manter alimentação regular e consistente da informação de produção do CEO por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), utilizando como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) para todos os procedimentos realizados em pessoas com deficiência;
- Manter a produção mensal mínima exigida na Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011;
- Aplicar os recursos adicionais do Ministério da Saúde pela incorporação do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência exclusivamente para a esse fim;

- Garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência;
- Prover o CEO com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793/GM, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 80, 2 abr. 2012, p. 94.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341/GM, 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 126, 2 jul. 2012, p. 74.

Disponível em:

www.saude.gov.br/bucal

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal
Correio eletrônico: cosab@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-9056

Ação 20: implantar Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)

Para quem: população de todos os municípios de todas as Unidades de Federação.

Produto: Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) implantado.

Para que serve: o LRPD é o estabelecimento inscrito no SCNES para realizar, no mínimo, um dos seguintes procedimentos: prótese total mandibular, prótese total maxilar, prótese parcial mandibular removível, prótese parcial maxilar removível e próteses coronárias/intrarradiculares fixas/adesivas (por elemento).

Como credenciar um LRPD:

Os municípios, com qualquer base populacional, podem credenciar laboratório(s) e não há restrição quanto à natureza jurídica desse(s) laboratório(s), ou seja, o gestor municipal/estadual pode contratar a prestação desse serviço.

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 (CGSB) – Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Atenção à Saúde (www.saude.gov.br/bucal).

A proposta deverá contemplar minimamente os seguintes elementos:

- a) Identificação do município ou do Estado pleiteante e do estabelecimento de saúde, com cópia do CNES;
- 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 (vide Nota Técnica LRPD site: www.saude.gov.br/bucal).

Requisitos mínimos:

O financiamento está incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) e o laboratório passa a receber de acordo com seu teto de produção, sendo os valores repassados:

- Entre 20 e 50 próteses/mês: R\$ 7.500,00 mensais;
- Entre 51 e 80 próteses/mês: R\$ 12.000,00 mensais;
- Entre 81 e 120 próteses/mês: R\$ 18.000,00 mensais;
- Acima de 120 próteses/mês: R\$ 22.500,00 mensais.

Esse teto é calculado de acordo com as informações prestadas pelos municípios por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Serão feitas avaliações trimestrais desses dados para redefinir a distribuição dos recursos.

Cadastro no CNES:

O estabelecimento de saúde que confecciona a prótese dentária (LRPD) deve ter seu cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), caso de estabelecimentos isolados, configurando-se com o tipo de estabelecimento: 39 – Unidade de saúde de serviço de apoio diagnóstico terapêutico – SADT (estabelecimento 39), subtipo; 3 – Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD e com serviço especializado: 157 – SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA e Classificação: 001 – LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA.

Caso o estabelecimento de saúde não seja isolado, deve ter em seu cadastro do SCNES, serviço especializado: 157 – SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA e Classificação: 001 – LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA. O LRPD deverá possuir, no mínimo, um profissional com o CBO 3224-10 – protético dentário e realizar, ao menos, a confecção de um dos procedimentos de prótese dentária.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.373/GM, de 7 de outubro de 2009. Altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 8 out. 2009.

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, 8 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 205/SAS, de 20 de maio de 2010. Exclui da tabela de habilitações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) a habilitação de código 0402 – Laboratório Regional de Prótese Dentária – e inclui, na Tabela de Serviços Especializados/Classificação do SCNES, o serviço 157 e sua classificação. Brasília, 20 de maio de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 21 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 211/SAS, de 13 de maio de 2011. Alterar 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. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 maio 2011.

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, 14 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 474/SAS, de 22 de maio de 2012. Atualiza a Tabela de Regras Contratuais do SCNES – LRPD. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 23 maio 2012.

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, 25 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 1.127, 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.

Disponível em:

www.saude.gov.br/bucal

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal
Correio eletrônico: cosab@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-9056

Ação 21: promover a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) nos grandes centros urbanos

Ação: promover a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) nos grandes centros urbanos.

Para quem: municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes que participaram da Fase I do PROESF.

Produto: promover a qualificação da gestão e do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica organizadas no modelo Saúde da Família.

Para que serve: apoiar, nos grandes centros urbanos, as iniciativas de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família. O PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo BIRD, para os municípios com população superior a 100.000 habitantes e que integraram a primeira fase do projeto (2003 a 2007). O projeto apresenta como questão central a qualificação dos processos de gestão e de trabalho das equipes de Atenção Básica, organizadas por intermédio da Estratégia Saúde da Família, visando a aprimorar o desempenho e a qualidade dos serviços e assegurando respostas efetivas para as necessidades em saúde da população dos grandes centros urbanos brasileiros.

Linhas financiáveis:

Os recursos financeiros são repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em conformidade ao desempenho dos indicadores pactuados e considerando os seguintes eixos estratégicos:

- Gestão da Atenção Básica/Saúde da Família;
- Implantação de apoio institucional;
- Implantação de educação permanente;
- Implantação de processos de monitoramento e avaliação;
- Gestão do trabalho dos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.091, de 16 de dezembro de 2009. Declara a elegibilidade municipal para a Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e define as diretrizes, ações e prazo de participação. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 16 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 300, de 9 de fevereiro de 2010. Altera a redação do Anexo II da Portaria nº 0391/GM, de 16 de dezembro de 2009, e

declara elegível para participar da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) o município de Itabuna-BA. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 124, p. 146, 1 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.134, de 6 de setembro de 2011. Declara a elegibilidade dos municípios temporariamente suspensos da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família para reconstrução, e a elegibilidade dos municípios temporariamente inelegíveis para a adesão ao projeto. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 173, p. 98, 8 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.132, de 6 de setembro de 2011. Declara a elegibilidade dos Estados e do Distrito Federal, temporariamente suspensos da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, para reconstrução. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 173, p. 98, 8 set. 2011.

Disponível em:

www.saude.gov.br/proesf

Contatos:

Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos (GTEP)
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-9037/9054/9035

Ação 22: ampliar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde

Para quem: usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Produto: atenção em homeopatia, medicina tradicional chinesa, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia.

Para que serve: são práticas que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde ampliando a oferta e as opções terapêuticas para a atenção à saúde e contribuem, entre outros, para a promoção da saúde, inserção social, redução do consumo de medicamentos, aumento da autoestima e melhoria da qualidade de vida.

Medicina tradicional chinesa (MTC):

Sistema médico integral originado há milhares de anos na China que se fundamenta nas teorias do *yin-yang* e dos cinco movimentos. Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua e possui como abordagens terapêuticas plantas medicinais e fitoterápicos, dietoterapia, práticas corporais e mentais, ventosa, moxa e acupuntura.

Homeopatia:

Sistema médico complexo, de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates, no século IV a.C. A homeopatia desenvolvida por Samuel Hahnemann, no século XVIII, utiliza como recurso diagnóstico a matéria médica e o repertório e, como recurso terapêutico, o medicamento homeopático.

Fitoterapia:

Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A prática da fitoterapia incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. Os serviços podem oferecer os seguintes produtos: planta medicinal *in natura*, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e/ou fitoterápico industrializado.

Termalismo social/crenoterapia:

O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

Medicina antroposófica:

Apresenta-se como abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrada ao trabalho médico, está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

Como credenciar serviços de práticas integrativas e profissionais no SUS:

O gestor municipal/estadual interessado em implantar alguma prática integrativa deverá identificar na rede os serviços profissionais especializados nas diversas áreas e os serviços onde estão inseridos, além de elaborar um plano de implantação que deverá ser apresentado ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação.

Cadastrar o serviço e os profissionais de práticas integrativas de acordo com orientações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – <http://cnes.datasus.gov.br>

1) Se o serviço for implantado em um estabelecimento de saúde ainda não cadastrado no CNES:

No caso de novos estabelecimentos, o primeiro passo é o cadastro no CNES, cujos passos são 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:

- 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 e 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 e 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), descritos nas Portarias de nº 154/SAS e nº 84/SAS, que estabelecem um conjunto de profissionais para cada serviço/classificação, para o qual, 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.

Obs.: ressalta-se que todos esses dados, tanto do estabelecimento quanto dos profissionais, devem ser preenchidos, inicialmente, na ficha de cadastro disponível no site do CNES para, posteriormente, serem transferidos para o sistema local do CNES.

Na Portaria nº 533 MS/GM, de 28 de março de 2012, estão inseridos 12 fitoterápicos e medicamentos homeopáticos no elenco de medicamentos que necessitam pactuação na Comissão Intergestores Bipartite para oferta nos serviços.

Incentivos financeiros:

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares ainda não possui indução no financiamento, mas, no entanto, tem seus procedimentos (0309050022– Sessão de acupuntura com inserção de agulhas, 0309050030 – Sessão de eletroestimulação e 0309050014 – Sessão de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa) financiados segundo tabela unificada. Existe, ainda, o financiamento de projetos envolvendo práticas integrativas e complementares por meio de editais publicados pelo Ministério da Saúde.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 533 MS/GM, 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-DF, Seção 1, 29 mar. 2012.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971/GM, 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-DF, Seção 1, n. 84, p. 20, 3 maio 2006.

BRASIL. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, e dá outras providências. Brasília, 22 jun. 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 119, p. 2, 23 jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600/GM, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 18 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 84/SAS, de 25 de março de 2009. Adéqua o serviço especializado 134 – Serviços de práticas integrativas e sua Classificação 001 – Acupuntura. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 470, de 19 de agosto de 2011. Inclui, na tabela de serviços/classificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no serviço de código 125 – Serviço de farmácia, a classificação 007 – Farmácia viva. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 162, 23 ago. 2011.

Disponível em:

www.saude.gov.br/dab

Contatos:

Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
Correio eletrônico: pics@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-9030/9034

Ação 23: estruturação do cuidado às pessoas com doenças crônicas

Para quem: usuários do Sistema Único de Saúde que apresentam doenças crônicas.

Produto: acesso pelos usuários com doenças crônicas do SUS ao cuidado adequado e à atenção integral, em todos os pontos de atenção.

Para que serve: para qualificar e ampliar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, principalmente pacientes com hipertensão, diabetes, tabagistas, obesidade, asma e outras doenças respiratórias.

Como garantir a oferta dos principais medicamentos e de insumos:

Medicamentos:

Componente básico da assistência farmacêutica:

As normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica são reguladas pela Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Nesse componente, estão incluídos medicamentos para hipertensão, diabetes, asma e outras doenças crônicas.

Não poderão ser custeados com os recursos previstos na portaria citada os medicamentos não constantes da RENAME vigente. A execução do componente da assistência farmacêutica básica é descentralizada, sendo a aquisição e a dispensação dos medicamentos de responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal.

Farmácia Popular:

O Programa Farmácia Popular do Brasil tem como objetivo ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos, inclusive as doenças crônicas. O programa possui uma rede própria de farmácias populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui Tem Farmácia Popular".

Poderão iniciar o processo de credenciamento no Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular as empresas localizadas nos municípios mapeados pelo Plano “Brasil Sem Miséria” que ainda não são abrangidos pelo programa. Para mais informações, acesse http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=40501&janela=1

Programa Saúde Não Tem Preço:

A campanha “Saúde Não Tem Preço” tem o objetivo de disponibilizar, gratuitamente, medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma nas farmácias e drogarias credenciadas no Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

No âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o Programa Farmácia Popular não visa a substituir a distribuição gratuita de medicamentos na rede pública de saúde.

O fato de os medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos estarem disponíveis gratuitamente na rede de farmácia do Programa Farmácia Popular (rede privada credenciada e rede própria) não isenta a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais de continuarem fornecendo esses medicamentos nas farmácias da rede básica de saúde, conforme normas da Portaria GM/MS nº 4.217/2010.

Para o *Diabetes mellitus*:

Insulinas:

O Ministério da Saúde financia a aquisição e a distribuição às Secretarias de Saúde dos Estados dos medicamentos: insulina humana NPH 100 UI/mL e insulina humana regular 100 UI/mL, com recursos distintos dos valores indicados no art. 2º da Portaria nº 4.217, de 2010.

Os quantitativos desses medicamentos são adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde com base na programação anual encaminhada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, cabendo aos gestores estaduais sua distribuição aos municípios.

Sobre os insumos necessários para o paciente diabético, exemplo: agulhas, seringas, glicosímetros, entre outros:

Os Estados, o Distrito Federal e os municípios são responsáveis pelo financiamento dos insumos complementares definidos pela Portaria nº 2.583/GM, destinados aos usuários insulino-dependentes de que trata a Lei Federal nº 11.347/2006, cujo valor a ser aplicado por esfera de gestão é de R\$ 0,50 habitante/ano, ficando o repasse condicionado à comprovação pelos gestores da utilização integral dos recursos. Esses recursos deverão ser movimentados em conta distinta à do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, na qual são movimentados os recursos tripartite.

As indicações do automonitoramento da glicemia e os critérios para inclusão dos pacientes constam do anexo da Portaria nº 2.583/GM, de 10 de outubro de 2007.

Como organizar o cuidado às pessoas com doenças crônicas em rede no âmbito do SUS, com apoio da gestão municipal e estadual:

Uma das principais iniciativas do Ministério da Saúde no sentido de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O cuidado às doenças crônicas nos Estados e municípios deve considerar esse formato de organização, com vistas a assegurar a esse usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Abaixo, segue um pequeno guia para apoiar as equipes a organizar o cuidado destes pacientes.

Passo 1 – definição do público a ser atendido: a organização do cuidado das pessoas com doenças crônicas inicia-se definindo a população-alvo da programação e avalia-se como deveria ocorrer a realização do cuidado delas. Depois se identifica a população estimada de pessoas com doenças crônicas prioritárias do território sob responsabilidade das equipes de Atenção Básica e os seus diferentes estratos de risco a fim de realizar a programação. O vínculo das pessoas com doenças crônicas a uma unidade de saúde ou a uma equipe é muito importante para qualificar o cuidado. Para isso, é necessário que exista cadastro desses usuários e que seja preenchido com dados essenciais nas consultas subsequentes.

Passo 2 – definição de diretrizes clínicas: diretrizes clínicas são recomendações específicas para cada nível de atenção elaboradas com o objetivo de orientar o cuidado. Em geral, definem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos, as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Elas podem ser definidas localmente ou podem seguir as orientações definidas pelo nível federal. Essas orientações estão disponíveis em portarias específicas e nos Cadernos de Atenção Básica.

Passo 3 – mapeamento dos sistemas logístico e de apoio: para subsidiar o trabalho em rede, é fundamental a estruturação de sistema logístico que permita as condições necessárias para articular os pontos de atenção. É necessário, portanto, identificar as necessidades das unidades de saúde quanto ao sistema logístico (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário); e quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/regional. Realizada essa etapa, é preciso identificar como funciona o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação – colegiado de gestão, PPI, CIR, CIB, entre outros).

Passo 4 – mapeamento dos pontos de atenção e definição do fluxo assistencial: desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar às necessidades logísticas e de apoio necessárias. Definir os fluxos assistenciais que são necessários para atender às necessidades de saúde de acordo com protocolos definidos localmente. Para isso, é necessário identificar os pontos de atenção no município/distrito e suas respectivas competências, incluindo ações promocionais, preventivas, reabilitadoras e de tratamento. Em algumas situações, será preciso realizar consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária. Nesses casos, deve ser estabelecida uma rede de referência e contrarreferência que conte com efetiva comunicação entre seus membros.

Passo 5 – educação em saúde: a equipe deve desenvolver atividades de educação em saúde em nível individual e coletivo. A formação de grupos

interativos para abordagem de educação para o autocuidado de diabéticos, hipertensos, tabagistas e obesos é importante para o controle clínico e prevenção de agravos.

Publicação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Legislação:

BRASIL. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 187, p. 1, 28 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583/GM, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de *Diabetes mellitus*. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 198, p. 49, 11 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.217/GM, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 249, p. 72, 29 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 25, p. 35, 4 fev. 2011.

Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cgat/>

Contatos:

Coordenação Geral de Áreas Técnicas
Correio eletrônico: redes.cronicas@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-9027

Ação 24: implantar o Programa Saúde na Escola (PSE)

Para quem: crianças, adolescentes e jovens brasileiros matriculados em escolas públicas, cujos municípios atendem aos critérios do PSE.

O que é: o PSE constitui estratégia interministerial – Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as equipes de Atenção Básica, prioritariamente as equipes de Saúde da Família e as equipes de Educação.

Produto: ações na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção, atenção e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público, realizadas de forma articulada entre as equipes de Atenção Básica e os trabalhadores da educação (equipes das escolas), tanto no âmbito das escolas quanto nas UBS.

Para que serve: para promover o desenvolvimento pleno dos escolares no âmbito da avaliação das condições de saúde, promoção e prevenção às doenças e agravos de saúde, formação de jovens e qualificação permanente dos profissionais de saúde e educação.

Como implantar o Programa Saúde na Escola (PSE) – passo a passo:

Passo 1: a partir de 2013, estão aptos a assinarem o Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE) todos os municípios brasileiros e o Distrito Federal, mediante cumprimento do processo de adesão lançado anualmente.

Passo 2: a adesão pelo município é via preenchimento do termo de compromisso, assinatura dos Secretários Municipais de Saúde e Educação e inserção do documento no sistema vigente. No documento, constará a pactuação das ações a serem implementadas, escolas e equipes de Atenção Básica que participarão do programa, bem como as metas de cobertura de educandos para as ações de promoção, prevenção, educação e avaliação das condições de saúde no território de responsabilidade.

Incentivos financeiros:

Os incentivos serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, fundo a fundo, via PAB Variável da Atenção Básica, e calculados de acordo com o quantitativo de educandos pactuados no termo de compromisso.

Os municípios recebem uma parcela inicial do valor total no ato da assinatura dos termos de compromisso e o restante proporcional ao quantitativo de educandos contemplados no prazo de 12 meses.

Legislação:

BRASIL. 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-DF, Seção 1, 6 dez. 2007.

Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/pse>

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Correio eletrônico: pse@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9091

Ação 25: alimentação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Para quem: população dos municípios (crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos) atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Produto: monitoramento do estado nutricional (classificação a partir de dados de peso e estatura) e alimentar (consumo alimentar).

Para que serve:

- a) Manter o diagnóstico atualizado da situação de saúde do município, Estados e País, diagnosticando os problemas referentes à situação alimentar e nutricional que possuam relevância em termos de saúde pública num determinado território;
- b) Identificar territórios e grupos populacionais sob risco, avaliando as tendências temporais de evolução e problemas detectados;
- c) Reunir e organizar dados que possibilitem identificar e ponderar os fatores mais relevantes na origem desses problemas;
- d) Oferecer ferramentas para o planejamento e a execução de medidas para melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira;
- e) Monitorar as ações realizadas na Rede Amamenta Brasil e na Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável;
- f) Monitorar o estado nutricional e consumo alimentar de escolares acompanhados pela unidade de saúde de referência e/ou equipe de saúde de referência, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE).

Como realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN):

A operacionalização do SISVAN na UBS tem por requisito a existência de condições básicas para o acolhimento dos sujeitos e a realização do diagnóstico nutricional. Para tanto, é necessário:

Passo 1: disponibilização de estruturas materiais para a produção e disponibilização das informações com qualidade e confiabilidade, o que representa a base fundamental para o funcionamento efetivo do SISVAN.

Em termos de estrutura física, é ideal que as UBS estejam harmonizadas tanto à dinâmica do trabalho das equipes de saúde de referência nos respectivos territórios, como ao acolhimento da demanda espontânea da população, garantindo a oferta e continuidade dos cuidados à comunidade, o que compreende a assistência às famílias e indivíduos.

Segue uma síntese dos materiais recomendados pelos protocolos do SISVAN para a VAN nas UBS, em cada fase do ciclo da vida:

Quadro 3 – Síntese de equipamentos para avaliação antropométrica segundo a fase do ciclo da vida

CRIANÇAS	ADOLESCENTES	ADULTOS	IDOSOS	GESTANTES
Equipamentos: - Balança pediátrica e de plataforma - Antropômetro horizontal (indicado para aferição de comprimento de crianças menores de dois anos) - Antropômetro vertical	Equipamentos: - Balança de plataforma - Antropômetro vertical	Equipamentos: - Balança de plataforma - Antropômetro vertical e fita métrica	Equipamentos: - Balança de plataforma - Antropômetro vertical	Equipamentos: - Balança de plataforma - Antropômetro vertical

Fonte: CGAN/DAB, 2013.

Passo 2: disponibilizar para as equipes de saúde os instrumentos de operacionalização do SISVAN:

- Equipamentos antropométricos: balança pediátrica e de plataforma, antropômetro horizontal e vertical e fita métrica;
- Calculadora, planilha ou disco para a identificação do Índice de Massa Corporal (IMC);
- Declaração de nascido vivo e/ou Cadernetas de Saúde da Criança, do Adolescente, do Idoso, de Gestante;
- Gráficos ou tabelas de crescimento infantil e tabelas de valores de IMC para classificação do estado nutricional do adolescente, segundo o sexo;
- Mapa de acompanhamento do SISVAN para crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes;
- Planilhas de Tanner para identificação do desenvolvimento puberal do adolescente;
- Gráficos ou tabelas para avaliação do estado nutricional da gestante segundo IMC por semana gestacional; e
- Formulário de marcadores do consumo alimentar do SISVAN.

Passo 3: as equipes de saúde devem identificar e acompanhar o público assistido, registrando as informações referentes ao diagnóstico nutricional e ao consumo alimentar.

Passo 4: após realização da vigilância alimentar e nutricional individual, é necessário que todas as informações coletadas (peso, altura, dados sobre o consumo alimentar) sejam inseridas no sistema *on-line* do SISVAN Web. O registro pode ser feito na unidade de saúde, caso esta possua computador conectado à internet, ou podem ser enviadas para a regional de saúde ou Secretaria Municipal de Saúde, para que o registro dos dados seja realizado no SISVAN Web.

O SISVAN Web é *on-line* e, para o registro das informações, é necessário o acesso à internet. As informações podem ser coletadas por meio de formulários nas unidades de saúde e posteriormente registradas. O registro das informações é realizado em um ambiente restrito e, para ter acesso a ele, a Secretaria Municipal de Saúde deve entrar em contato com o Núcleo de Tecnologia da Informação e Comunicação do DAB.

Passo 5: os dados referentes ao estado nutricional (peso e estatura) e consumo alimentar realizados pelos municípios são públicos, e a totalidade de registros dos dados municipais forma uma base de dados municipal, estadual e nacional do SISVAN. Os relatórios consolidados estão disponíveis no site da CGAN (www.saude.gov.br/nutricao), no *link* “Relatórios do SISVAN”, e podem ser agrupados a partir do nível das unidades de saúde até em dados nacionais por fases do ciclo da vida.

Qualificação e implantação:

- a) Alimentar mensalmente o sistema (SISVAN);
- b) O SISVAN faz parte dos sistemas de informação da Atenção Básica que devem ter alimentação regular para não ocorrer suspensão do PAB, conforme a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.246/GM, 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-DF, Seção 1, 19 out. 2004.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 22 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 221, 18 nov. 2011.

Disponível em:

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

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
Correio eletrônico: nutricao@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-9004/9010

Ação 26: implantar o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)

Para quem: todas as crianças, gestantes e mulheres no pós-parto e pós-aborto da população brasileira.

Produto: suplementação de crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o terceiro mês pós-parto e pós-aborto.

Para que serve: instituído por meio da Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005, o PNSF consiste na suplementação preventiva de ferro para crianças, gestantes e mulheres no pós-parto e pós-aborto. O PNSF, juntamente com a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico e a orientação nutricional, constitui o conjunto de estratégias voltadas para o controle e redução da anemia por deficiência de ferro no País. A anemia é a carência nutricional de maior magnitude no mundo. A anemia na infância prejudica o desenvolvimento infantil e, em gestantes, aumenta o risco de hemorragias e, por consequência, o risco de aborto. A necessidade de ferro nesses ciclos de vida é muito elevada e dificilmente suprida apenas pela alimentação, por isso a suplementação de ferro em doses profiláticas é recomendada a todas as crianças e gestantes. De acordo com o PNDS (2006), a prevalência de anemia é de 20,9% em crianças menores de cinco anos e de 29,4% em mulheres em idade fértil.

Distribuição dos suplementos:

O PNSF prevê a distribuição de ferro, de forma universal e gratuita, a todas as crianças, gestantes e mulheres no pós-parto e pós-aborto, nas Unidades Básicas de Saúde que conformam a rede do SUS, em todos os municípios brasileiros. O público assistido pelo programa deve ser orientado acerca de uma alimentação saudável e sobre a importância do consumo de alimentos fontes de ferro. Até o ano de 2012, o Ministério da Saúde adquiria de forma centralizada os insumos de sulfato ferroso e enviava a todos os municípios brasileiros. A partir de 2013, a compra dos suplementos deverá ser descentralizada. Assim, os municípios deverão adquirir os suplementos em quantidade suficiente para atender, de forma preventiva, todas as crianças e gestantes. É importante destacar que a suplementação de ferro em doses profiláticas faz parte da Ação Brasil Carinhoso, que tem como objetivo o combate à miséria na primeira infância (crianças até 6 anos). Dessa forma, os suplementos de ferro devem estar disponíveis em todas as Unidades Básicas de Saúde do município.

Qualificação e implantação:

Passo 1: todas as crianças com idade entre seis meses e dois anos devem receber os suplementos de ferro.

Passo 2: deve-se verificar na Caderneta de Saúde da Criança o registro da distribuição do suplemento e, caso a criança não tenha recebido, providenciar prontamente os insumos.

Passo 3: os suplementos de sulfato ferroso devem estar disponíveis em todas as Unidades Básicas de Saúde do município.

Passo 4: deve-se observar o estoque dos suplementos para evitar o desabastecimento nas Unidades Básicas de Saúde.

Passo 5: o registro da suplementação com sulfato ferroso na Caderneta de Saúde da Criança e nos formulários de monitoramento do programa é etapa importante a ser observada.

Incentivos financeiros:

Até 2012, o Ministério da Saúde adquiriu de forma centralizada os suplementos de ferro para prevenção da anemia. A partir de 2013, o programa será descentralizado e os municípios deverão realizar a compra utilizando o componente básico do bloco de financiamento da assistência farmacêutica.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 730/GM, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 maio 2005.

Disponível em:

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

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Correio eletrônico: cgan@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9004

Ação 27: acompanhar as condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família

Para quem: famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com crianças menores de sete anos e/ou mulheres com idade entre 14 e 44 anos nos municípios brasileiros.

Produto: famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para que serve:

- O Programa Bolsa Família (PBF) faz parte do Plano Brasil sem Miséria, que tem como objetivos erradicar a extrema pobreza no Brasil por meio da elevação da renda familiar *per capita*, da ampliação do acesso aos serviços públicos e da inclusão produtiva. Esse contexto potencializa o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF como estratégia para efetivar o compromisso do SUS com a erradicação da miséria, bem como com a garantia do direito à saúde às famílias beneficiárias;
- Realizar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, por meio da garantia dos serviços da Atenção Básica que visam ao cumprimento do calendário básico de vacinação e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de sete anos, ao seguimento do calendário de pré-natal da gestante, da assistência pós-parto, bem como à realização da vigilância nutricional;
- Além disso, o monitoramento dessas ações no sistema de gestão do Programa Bolsa Família na Saúde possibilita os registros individuais da condição de saúde dos beneficiários;
- O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF permite identificar as beneficiárias gestantes que poderão 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, antes a família poderá receber o benefício.

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 pelo site: www.saude.gov.br/nutricao e clicar no item: “Bolsa-Família” ou <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 uma das opções para impressão dos mapas:
 - Por NIS;
 - Por bairro;

- Por EAS.
- d) Clicar em “Pesquisar”, onde será gerado 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 na saúde e preencher os dados no “Mapa de Acompanhamento”;
- f) Para registro do acompanhamento realizado, clicar na opção “Acompanhamento”, digitar o NIS do beneficiário e, em seguida, clicar no item “Pesquisar”. O sistema então disponibilizará o “Formulário de Inclusão e Alteração de Acompanhamento”, que permitirá a inserção das informações de acompanhamento da família selecionada (família localizada, data de atendimento, vacinação em dia e tipo de aleitamento materno para crianças, se a mulher entre 14 e 44 anos é ou não gestante, situação do pré-natal e data da última menstruação para gestantes, peso e altura para crianças e gestantes);
- g) Após a digitação dos dados do acompanhamento, clicar em “Confirmar”;
- h) Os registros de acompanhamento dos beneficiários devem ser enviados semestralmente. No primeiro semestre, até 30 de junho, correspondendo à 1ª vigência, e no segundo semestre, até 31 de dezembro, correspondendo à 2ª vigência.

Qualificação e implantação:

- 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 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).

Incentivos financeiros:

Índice de Gestão Descentralizada (IGD) – concedido para apoiar os Estados e municípios na gestão das condicionalidades do programa. Os recursos são calculados com base no cumprimento das condicionalidades dos setores da assistência social, educação e saúde no programa. Os recursos são enviados do Fundo Nacional de Assistência Social ao Fundo Municipal de Assistência Social. As portarias que estabelecem o IGD são: Portaria nº 148, de 27 de abril de 2006, Portaria nº 66, de 3 de março de 2008, Portaria nº 76, de 6 de março de 2008, Portaria nº 220, de 25 de junho de 2008, e Portaria nº 319, de 29 de novembro de 2011.

Publicações:

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

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

Legislação:

BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa-Família, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 10 jan. 2004.

BRASIL. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa-Família, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 18 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 223, 22 nov. 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 148/GM, de 27 de abril de 2006. Estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa-Família e do cadastro único de programas sociais do governo federal, no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do programa. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 81, 28 abr. 2006.

BRASIL. Decreto nº 6.917, de 30 de julho de 2009. Altera os artigos 18, 19 e 28 do Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa-Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 31 jul. 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 66/GM, de 3 de março de 2008. Altera a Portaria GM/MDS nº 148, de 27 de abril de 2006, que estabelece normas, critérios e procedimentos para apoio à gestão do Programa Bolsa-Família e do cadastro único de programas sociais do governo federal, no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 43, 4 mar. 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 76, de 6 de março de 2008. Estabelece normas, critérios e procedimentos para a adesão dos Estados ao Programa Bolsa-Família e ao cadastro único de programas sociais do governo federal, e para o apoio à gestão estadual desses programas. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 46, 7 mar. 2008.

BRASIL. Decreto nº 6.392, de 12 de março de 2008. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de

2004, que cria o Programa Bolsa-Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 50, p. 1, 13 mar. 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 220, de 25 de junho de 2008. Altera a Portaria GM/MDS nº 148, de 27 de abril de 2006, que estabelece normas, critérios e procedimentos para apoio à gestão do Programa Bolsa-Família e do cadastro único de programas sociais do governo federal, no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 122, p. 62, 27 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.324, de 6 de outubro de 2009. Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição no âmbito das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 5, p. 16, 7 out. 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério da Saúde. Instrução Operacional Conjunta SENARC/MDS/SAS/MS nº 11, de 18 de novembro de 2011. Divulga informações e procedimentos sobre a implantação do benefício variável destinado a unidades familiares que tenham em sua composição gestantes (benefício variável à gestante) e crianças menores de seis meses (benefício variável nutriz). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 19 nov. 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 319, de 29 de Novembro de 2011. Altera as portarias n.º 754, de 20 de outubro de 2010 e n.º 256, de 19 de março de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 30 nov. 2011.

BRASIL. Medida provisória nº 590, de 29 de novembro de 2012. Altera a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, para ampliar a idade limite de crianças e adolescentes que compõem as unidades familiares beneficiárias do Programa Bolsa Família elegíveis ao recebimento do Benefício para superação da Extrema Pobreza, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 30 nov. 2012.

Disponível em:

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

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
Correio eletrônico: nutricao@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-9004/9010

Ação 28: implantar o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

Para quem: para crianças de 6 a 59 meses de idade residentes nas Regiões Norte e Nordeste e municípios do Plano Brasil sem Miséria das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. E também para as puérperas (mulheres no pós-parto imediato) residentes nos Estados da Região Nordeste, Vale do Jequitinhonha e Mucuri, de Minas Gerais, município de Nova Odessa, em São Paulo, e alguns municípios da Amazônia Legal.

Produto: suplementação de crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar).

Para que serve: 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 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 (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.

Distribuição dos suplementos:

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 às 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, a ação do Brasil Carinhoso estende o programa para 100% dos municípios da Região Norte e aos municípios do Plano Brasil sem Miséria pertencentes à Região Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Qualificação e implantação:

Passo 1: Todas as crianças com idade entre seis meses e cinco anos devem receber os suplementos de vitamina A;

Passo 2: as equipes de saúde devem identificar e acompanhar o público assistido no programa.

Cada município deverá adotar a 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, 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.

Passo 3: deve-se verificar, na Caderneta de Saúde da Criança, o registro de administração do suplemento e, caso a criança não tenha tomado, deve-se providenciar a suplementação prontamente.

Passo 4: os suplementos de vitamina A devem estar disponíveis em todas as Unidades Básicas de Saúde do município, observando o estoque para evitar o desabastecimento.

Passo 5: 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.

Incentivos financeiros:

O Ministério da Saúde adquire de forma centralizada os suplementos de vitamina A para prevenção da deficiência.

Legislação:

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.

Disponível em:

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

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
Correio eletrônico: cgan@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-9024

Ação 29: implantar a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável – Amamenta e Alimenta Brasil

Para quem: toda a população brasileira, com foco nas crianças menores de dois anos (até 24 meses) e suas famílias.

Produto: formar tutores aptos a apoiar, fortalecer, planejar, acompanhar e avaliar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar nas Unidades Básicas de Saúde.

Para que serve: é uma estratégia que visa a intensificar as ações de apoio e a promoção à alimentação complementar saudável (crianças até 24 meses de idade) no SUS. Pretende incentivar a orientação alimentar para crianças menores de dois anos como atividade de rotina nos serviços de saúde, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil está inserida no contexto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde e da Rede Cegonha, que tem como eixo estratégico a promoção da alimentação adequada e saudável.

1 – Como organizar a Estratégia Amamenta e Alimenta em nível local:

Os primeiros passos para a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil são a condução de oficinas de formação de tutores e oficinas de trabalho nas UBS.

Oficinas de formação de tutores:

Tem como objetivo formar tutores, qualificando-os para apoiar no fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS, de forma contínua, considerando a educação permanente em saúde, com base nos princípios da educação crítico-reflexiva.

Oficinas de trabalho nas UBS:

Tem como objetivo discutir as práticas alimentares saudáveis no contexto do processo de trabalho das UBS, pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM e AC de acordo com a realidade de cada 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.

2 – Outras ações importantes:

- a) Sensibilizar os gestores estaduais e municipais para implantar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil como instrumento para a promoção de uma alimentação complementar saudável;
- b) Sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde e outros profissionais atuantes nas UBS envolvidos na temática quanto à relevância da efetiva implantação da Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil;
- c) Divulgar os materiais de apoio elaborados pelo Ministério da Saúde para contribuir na implantação da Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil;
- d) Acompanhar o processo de implantação da Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil nos Estados e municípios por meio de indicadores previamente definidos;
- e) Monitorar e avaliar o processo de implantação da Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil por meio do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional Web e outros instrumentos pactuados.

3 – Qualificação e implantação:

Para alcançar a efetividade da proposta, a partir do segundo semestre de 2012, estão previstas as seguintes atividades:

- a) Realizar uma oficina de formação de facilitadores nacionais que serão responsáveis por apoiar os Estados na capacitação da estratégia;
- b) Realizar duas oficinas macrorregionais para formar tutores de todos os Estados;
- c) Realizar 50 oficinas de formação de tutores estaduais com apoio do Ministério da Saúde.

A rede de multiplicadores formados nos Estados tem a responsabilidade de replicar a estratégia no âmbito dos municípios e de suas UBS.

No segundo semestre de 2013, estará disponível um curso de educação à distância (EAD) sobre aleitamento materno e alimentação complementar que será o instrumento de integração para os tutores já formados na Rede Amamenta e/ou na Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Essa é mais uma ferramenta de educação permanente para os profissionais da Atenção Básica.

Incentivos financeiros:

Os Estados e municípios com mais de 150 mil habitantes podem utilizar recursos do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) para a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em nível local (Portaria do FAN nº 2.685, de 16 de novembro de 2011).

Com vistas a apoiar financeiramente os municípios que ainda apresentam altos índices de desnutrição infantil para estruturação e qualificação da atenção nutricional às crianças menores de cinco anos, foi instituída a **Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil – ANDI** (Portaria GM nº 2.387, de 18 de outubro de 2012).

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do FAN nº 2.685, de 16 de novembro de 2011. Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implantação das ações de alimentação e nutrição no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 17 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 18 out. 2012.

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
Correio eletrônico: cgan@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-9036
<http://nutricao.saude.gov.br>

Ação 30: implementar a Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil

Para quem: municípios com menos de 150 mil habitantes que apresentam maior número de casos de baixo e muito baixo peso para idade (déficit ponderal) em crianças menores de cinco anos, de acordo com informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no ano de 2011, que realizaram adesão simplificada em 2012 por meio do sistema <http://dab.saude.gov.br/sistemas/andi/>.

Produto: ações de atenção à saúde da criança e de organização da atenção nutricional na Atenção Básica estruturadas e qualificadas.

Para que serve: a Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI) objetiva apoiar os municípios para estruturação e qualificação de ações que abrangem os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, diagnóstico e tratamento da desnutrição e outros agravos nutricionais que possam coexistir associados às demais ações de atenção à saúde da criança menor de 5 (cinco) anos de idade, em consonância com as agendas da Ação Brasil Carinhoso e da Rede Cegonha. As ações prioritárias são: vigilância alimentar e nutricional; acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa-Família; investigação dos casos de desnutrição e atraso do desenvolvimento infantil; organização do cuidado à criança desnutrida; promoção da alimentação saudável; prevenção de carências de micronutrientes.

Incentivos financeiros:

A participação dos municípios nesta agenda foi condicionada à adesão com pactuação de metas relacionadas à organização da atenção nutricional à criança desnutrida que serão avaliadas anualmente durante a vigência (24 meses) a contar da data de homologação da adesão (publicada em portaria). Os municípios que aderiram à agenda receberão recursos financeiros mediante o cumprimento das metas pactuadas na adesão que serão avaliadas anualmente, de acordo com o porte populacional do município:

Tabela 4 – Repasse anual de acordo com o porte populacional

População (mil habitantes)	Valor do repasse anual
Até 10	R\$ 45.000,00
De 10 até 40	R\$ 60.000,00
De 40 até 80	R\$ 80.000,00
De 80 até 150	R\$ 100.000,00

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 19 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.301, de 27 de novembro de 2012. Homologa a adesão de municípios à Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil e autoriza a transferência de recursos financeiros aos municípios do Grupo I referentes ao exercício financeiro 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 28 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.355, de 6 de dezembro de 2012. Homologa a adesão dos municípios do Grupo I e Grupo II, relacionados no Anexo a esta portaria, que apresentam população inferior a 150 mil habitantes e maior número de casos de baixo e muito baixo peso para idade (déficit ponderal) em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade, segundo o índice antropométrico peso-para-idade, a partir do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no ano de 2011, à Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil, conforme disposto na Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 7 dez. 2012.

Informações:

<http://dab.saude.gov.br/sistemas/andi/>

Contato:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
Correio eletrônico: cgan@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-9010/9012

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ - ACESSO E QUALIDADE
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO
E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)**

MANUAL INSTRUTIVO

Brasília - DF
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

MANUAL INSTRUTIVO

Brasília - DF
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

**SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)**

MANUAL INSTRUTIVO

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília - DF
2012

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 60.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2, Lotes 5/6, Bloco II, Subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília – DF
Fones: (61) 3306-8090 / 6606-8044
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/dab

Supervisão Geral

Hêider Aurélio Pinto

Coordenação Técnica Geral

Allan Nuno Alves de Sousa

Revisão Técnica

Alexandre de Souza Ramos
Aristides Oliveira
Eduardo Alves Melo
Marina Manzano Capeloza Leite
Patrícia Sampaio Chueiri

Elaboração Técnica

Aliadne C. Soares de Sousa
Allan Nuno Alves de Sousa
Aristides Oliveira
Carolina Pereira Lobato
Cíntia Lociks de Araújo
Dirceu Ditmar Klitzke
Eduardo Alves Melo
Fernando Maia
Hêider Aurélio Pinto
Patrícia Sampaio Chueiri
Régis Cunha de Oliveira
Sílvia Reis

Colaboração

Alexandre Teixeira Trino
Andréia Gimenez Nonato Vila
Danillo Fagner Vicente de Assis

Edneusa Mendes Nascimento
Edson Hilan Gomes de Lucena
Eduardo Augusto Fernandes Nilson
Elisabeth Susana Wartchow
Elizabeth Regina de Freitas Silva
Gilberto Alfredo Pucca Júnior
Lucinadja Gomes da Silva
Maria Beatriz Kneipp
Natali Pimentel Minóia
Patrícia Constante Jaime
Roberta Maria Leite Costa
Rodrigo Cabral da Silva
Rosa Maria Sampaio de Carvalho
Rosani Pagani
Sônia Maria Dantas de Souza
Wellington Mendes Carvalho
Wesley Fernando Ferrari

Coordenação Editorial

Antônio Sérgio Ferreira
Marco Aurélio Santana da Silva
Renata Ribeiro Sampaio

Projeto Gráfico

Alexandre Soares de Brito

Normalização

Marjorie Fernandes Gonçalves

Revisão

Ana Paula Reis

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
62 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1899-8

1. Atenção básica. 2. Promoção à saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Título. II. Série.

CDU614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0051

Títulos para indexação:

Em inglês: Health closer to you - Improvement Access and Quality National Program of Primary Health Care - Instructional manual
Em espanhol: Salud más cerca de usted - Programa Nacional para la Mejoría del Acceso y Calidad en Atención Primária en Salud - Manual de instrucciones

LISTA DE SIGLAS

AB – atenção básica
ACS – agente comunitário de saúde
AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
EAB – Equipe de Atenção Básica
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SF – Saúde da Família
SGDAB – Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
Siab – Sistema de Informação da Atenção Básica
Sis prenatal – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério
Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
Siscolo – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Termo de Compromisso
UBS – Unidade Básica de Saúde
UF – Unidade da Federação

SUMÁRIO

1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	7
2 Atenção Básica em Saúde	13
3 Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	16
3.1 Adesão e Contratualização	16
3.1.2 Compromissos	20
3.1.3 Indicadores de Contratualização	23
3.1.4 Critérios de Parametrização e Equivalência das Diferentes Modalidades de Organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família	29
3.1.5 Limites para a Adesão e Contratualização ao Programa	33
3.1.6 Etapas para a Adesão ao Programa no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB)	34
3.2 Desenvolvimento	37
3.2.1 Autoavaliação	38
3.2.2 Monitoramento	41
3.2.3 Educação Permanente	45
3.2.4 Apoio Institucional	46
3.3 Avaliação Externa	49
3.3.1 Certificação das Equipes de Atenção Básica	50
3.3.2 Critérios para a Certificação das Equipes de Atenção Básica	53
3.3.3 Critérios de Estratificação dos Municípios para o Processo de Certificação das Equipes de Atenção Básica	56
3.4 Recontratualização	58
Referências	60

1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde (MS) é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica (AB) ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País.

Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais da metade da população brasileira pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma cobertura populacional por outros modelos de AB que pode variar entre 20% e 40%¹, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil.

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional,

¹ Valor estimado considerando diferentes modos de cálculo, tendo como base a quantidade de Unidades Básicas de Saúde que se organizam a partir de diversificados modelos de atenção básica, diferentes da Estratégia Saúde da Família, e/ou o número de profissionais que atuam nessas UBS.

regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Entre os seus objetivos específicos, podemos destacar:

I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III – 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;

IV – 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;

V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;

VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VI – 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.

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios

colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS.

O PMAQ se insere em um contexto no qual o governo federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Entre eles, é importante destacar o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que possui como objetivo principal avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da AB. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários.

Entre os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da AB, destacam-se:

- I – Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;
- II – Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;
- III – Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;
- IV – Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;

V – Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe;

VI – Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;

VII – Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;

VIII – Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

IX – Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;

XI – Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes, independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade.

Considerando todos esses desafios, assim como os avanços alcançados pela Política Nacional de Atenção Básica nos últimos anos, o Ministério da Saúde, com a contribuição e incorporação da perspectiva dos gestores estaduais e municipais, estruturou o desenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica a partir de sete diretrizes que norteiam sua organização e desenvolvimento:

I – Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica (EAB), considerando as diferentes realidades de saúde: um importante elemento que sempre deve estar presente em processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é a presença de mecanismos que assegurem a possibilidade de comparação das ações de saúde ofertadas pelos diversificados serviços de atenção básica, respeitando as diversidades dos diferentes contextos.

II – Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica: a escolha dos padrões e indicadores para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de atenção básica considerou, inicialmente, um conjunto de aspectos passíveis de serem mensurados para a totalidade das equipes, independentemente do contexto no qual elas estão inseridas. Contudo se prevê a necessidade, ao longo do desenvolvimento do programa, da definição de novos padrões e indicadores que permitam o acúmulo continuado e adequação dos compromissos a serem contratualizados, coerentes com as especificidades regionais e locais.

III – Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade: o processo de aperfeiçoamento das políticas de saúde pressupõe a presença de mecanismos que privilegiem o acompanhamento permanente, por parte do conjunto da sociedade, das ações empreendidas pelos serviços de saúde, assim como os resultados por eles produzidos. Nesse sentido, o desempenho da gestão municipal² e das EAB participantes do PMAQ poderá ser acompanhado pelos Estados, municípios e sociedade civil organizada, entre outros, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica, no endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab.

IV – Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica: desde a adesão e contratualização ao PMAQ, gestores e EAB deverão responsabilizar-se por uma série de ações que poderão qualificar o processo de trabalho da gestão e dos trabalhadores da atenção básica. Os usuários também estarão envolvidos no programa, na medida em que poderão potencializar as mudanças por meio do acompanhamento e do debate a respeito do desempenho das equipes e gestão municipal, em espaços como os Conselhos Locais e Municipais de Saúde. Além disso, uma importante dimensão que estará presente no processo de avaliação das EAB participantes do programa será a avaliação da satisfação dos usuários.

² No presente documento, o Distrito Federal será tratado como município e a gestão local de saúde do Distrito Federal será tratada como gestão municipal, para evitar a repetição da especificidade do DF ao longo de todo o conteúdo.

V – Desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados: um dos elementos centrais do PMAQ consiste na instituição de mecanismos de financiamento da AB mediante a contratualização de compromissos por parte das EAB, da gestão municipal e estadual e a vinculação das transferências de recursos segundo o desempenho das equipes. Busca-se, com isso, reconhecer os esforços da gestão municipal e dos trabalhadores da AB que procuram desenvolver ações que aumentam o acesso e a qualidade da atenção ofertada à população.

VI – Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários: todo o desenho do PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da AB produzida e ofertada à população, com o objetivo de induzir a mudança do processo de trabalho e, conseqüentemente, o impacto causado por essa mudança nos usuários e trabalhadores. Tendo como referência os princípios da atenção básica, o programa procura estimular a mudança do modelo de atenção a partir da compreensão de que as condições de contexto, assim como a atuação dos diversos atores, podem produzir mudanças significativas nos modos de cuidar e gerir o cuidado que permitam a qualificação das EAB. O programa tem ainda como pressuposto e objetivo o desenvolvimento dos trabalhadores. Busca mobilizá-los, ofertar e provocar estratégias de educação permanente e estimular a constituição e aperfeiçoamento de mecanismos que assegurem direitos, vínculos mais estáveis e qualificação das relações de trabalho. Ao mesmo tempo, o PMAQ procura incorporar a percepção da população usuária, além de convidá-la à participação, mediante a constituição de espaços de participação, pactuação e avaliação, que nortearão a organização da atenção em função das necessidades concretas da população.

VII – Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos: a adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõem o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do programa, e a natureza voluntária para sua participação está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

2 Atenção Básica em Saúde

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

É o contato e a porta de entrada 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. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. Destacam-se entre seus princípios e diretrizes:

I – Territorialização e responsabilização sanitária

O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, em que ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc). Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. A dimensão da responsabilidade sanitária diz respeito à responsabilidade que as equipes devem assumir

em seu território de atuação (adscrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo, por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades.

II – Adscrição dos usuários e vínculo

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de serem referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

III – Acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial

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 a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta por mais que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

IV – Cuidado longitudinal

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.

V – Ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A atenção básica deve ser organizada como base da RAS, por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir um papel-chave na ordenação da Rede. Para isso, é necessário ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado, com elevado grau de resolutividade. A ordenação da RAS, dessa forma, implica também que a maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico seja elaborada e implantada com base nas necessidades de saúde identificadas pelos serviços de atenção básica.

VI – Gestão do cuidado integral em rede

O vínculo construído por uma atenção básica de fato resolutiva, humanizada e integral permite o desenvolvimento gradativo da gestão do cuidado dos usuários pelas equipes, nos vários cenários e momentos de cuidado, inclusive quando a continuidade do cuidado requer o encaminhamento para outros pontos de atenção da RAS, momento em que a coordenação da atenção básica é decisiva.

VII – Trabalho em equipe multiprofissional

Considerando a diversidade e complexidade de situações com as quais a atenção básica lida, há de se ter/construir capacidades de análise e intervenção ampliadas diante das demandas e necessidades para a construção de uma atenção integral e resolutiva. Isso requer a presença de diferentes formações profissionais e alto grau de articulação entre os profissionais de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também haja um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe que o processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais passe a ter como foco o usuário, onde o cuidado é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

3 Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber:

- 1 – Adesão e contratualização;
- 2 – Desenvolvimento;
- 3 – Avaliação externa;
- 4 – Recontratualização.

3.1 Adesão e Contratualização

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

3.1.1 Adesão e Permanência no Programa

O Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar toda a atenção básica do País, a partir de um processo pactuado de forma tripartite, permite a adesão ao PMAQ das equipes de Saúde da Família, estratégia prioritária para expansão e fortalecimento da AB no Brasil, e também de equipes de atenção básica organizadas em outras modalidades, contanto que cumpram os pressupostos e exigências previstas no programa.

Dessa maneira, todas as equipes de saúde da atenção básica³, incluindo as de saúde bucal, em diferentes modalidades, poderão aderir ao PMAQ desde que se encontrem em conformidade

³ O detalhamento do processo de formalização de adesão ao programa no SGDAB encontra-se descrito no item 3.1.6 deste instrutivo.

com os princípios da atenção básica⁴. As adesões serão voluntárias e pressupõem um processo inicial de pactuação entre equipes de atenção básica e gestores municipais, que devem anteceder a formalização de adesão dos municípios com o Ministério da Saúde.

O processo de adesão ao PMAQ será permanente e não haverá data limite para as EAB e os gestores municipais ingressarem no programa, excetuando os sete meses que antecedem as eleições municipais. Portanto, nos anos em que ocorrerem eleições municipais, o Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB) estará aberto para a adesão ao PMAQ até o final do mês de fevereiro. Contudo, cada município somente poderá realizar a adesão de nova(s) equipe(s) de atenção básica ao programa uma vez por ano, com intervalo mínimo de seis meses entre uma adesão e outra.

Neste primeiro ano de implantação do programa, será feita uma exceção à regra, na medida em que as inscrições ocorrerão entre os dias 1º de setembro e 31 de outubro de 2011, ficando suspensas novas inscrições para o ano de 2012 e abrindo novamente no ano de 2013. As adesões ao PMAQ serão por meio do SGDAB, que estará disponível no portal do DAB, no endereço www.saude.gov.br/dab.

É importante destacar, ainda, que cada município poderá incluir todas ou apenas uma parte de suas equipes no programa, respeitando os limites para a adesão e contratualização descritos na seção 3.1.5 deste instrutivo.

Após a homologação da adesão, realizada pelo Ministério da Saúde, o município receberá, mensalmente, mediante transferência fundo a fundo, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por equipe de atenção básica participante, considerando a competência do mês em que a homologação foi publicada.

O valor integral do Componente de Qualidade do PAB Variável será igual a R\$ 6.500,00 por equipe de atenção básica, podendo chegar a R\$ 8.500,00 nos casos em que houver equipe

⁴ Os critérios de parametrização e equivalência dos diversificados modelos de organização da atenção básica com a Estratégia Saúde da Família encontram-se descritos com maior detalhamento no item 3.1.4 deste instrutivo.

de Saúde Bucal vinculada à EAB. Desse modo, cada município receberá, ao aderir ao programa, R\$ 1.300,00 por EAB e R\$ 1.700,00 quando houver ESB vinculada à EAB⁵. Após o processo de avaliação externa do programa, previsto para a fase 4, o valor a ser transferido por EAB será vinculado ao seu desempenho.

O Ministério da Saúde realizará a homologação dos municípios e EAB que aderirem ao programa, mensalmente, publicando portaria que especifica o conjunto de municípios que passam a participar do PMAQ, com a respectiva quantidade de equipes. Para efeito de formalização da adesão ao programa, será considerada a data de publicação da referida portaria.

Após a homologação da adesão do município, o gestor deverá informá-la ao Conselho Municipal de Saúde (CMS)⁶, à Comissão Intergestores Regional (CIR)⁷ e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB)⁸. É importante lembrar que essa etapa não

impedirá a homologação da adesão do município ao PMAQ, nem o início das transferências dos recursos vinculados ao programa. No entanto, o carregamento eletrônico dos documentos digitalizados que comprovam que o município informou sua adesão aos colegiados mencionados será condição para a solicitação do processo de avaliação externa, a ser realizada na fase 4 do PMAQ.

No que diz respeito às condições para a permanência no programa, os municípios serão descredenciados do PMAQ e deixarão de receber os incentivos financeiros nas situações em que a gestão municipal não formalizar, via SGDAB, o pedido de avaliação externa no período máximo de seis meses para o primeiro ciclo e de 18 meses para os próximos ciclos do programa. Nesses casos, os municípios ficarão ainda impedidos de aderir ao programa por um

A homologação dos municípios e EAB que aderirem ao programa, mediante portaria publicada pelo MS, será feita no início do mês, para o conjunto de municípios que cumpriram todas as etapas previstas para a adesão ao PMAQ no SGDAB, até o último dia do mês anterior.

⁵ Esses valores serão reajustados periodicamente pelo Ministério da Saúde, conforme disponibilidade orçamentária.

⁶ No Distrito Federal, essa comunicação deverá ser realizada ao Conselho de Saúde do Distrito Federal.

⁷ Ou comissão, conselho ou comitê análogo, presente no Estado.

⁸ No Distrito Federal, essa comunicação deverá ser realizada ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do DF.

período de dois anos. Esse mecanismo procura evitar adesões sem compromisso efetivo com o cumprimento integral do ciclo de qualidade do programa.

Por sua vez, a permanência das EAB no PMAQ ficará condicionada:

I – Às mesmas exigências que disciplinam o pagamento do PAB Variável previstas na Política Nacional de Atenção Básica vigente⁹. Entre elas, destaca-se o cadastramento e atualização regular, por parte dos gestores, de todos os profissionais das equipes de atenção básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como o cumprimento da carga horária de acordo com o informado;

II – À alimentação mensal do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), inclusive do novo relatório PMA2-Complementar¹⁰, por meio da utilização do transmissor simultâneo¹¹ pelo município, para o envio da base de dados do Siab; do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan); e do Módulo de Gestão do Programa Bolsa-Família na Saúde¹², permitindo, com isso, o efetivo monitoramento dos indicadores contratualizados no âmbito do programa;

III – À não piora em mais de um desvio-padrão por três meses ou mais no escore dos indicadores de monitoramento alcançado e considerado no processo de certificação;

IV – À não verificação, por órgãos de controle e sistema nacional de auditoria, de que as condições certificadas não estão mais presentes, devendo, nesse caso, ser realizado processo conforme as disposições do sistema nacional de auditoria;

9 Para os casos de equipes de atenção básica vinculadas a modalidades de organização diferentes da ESF, passam a valer exigências semelhantes, em termos de funcionamento e alimentação dos sistemas de informação, às das equipes de Saúde da Família, para efeitos de permanência no PMAQ.

10 O Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) está sendo modificado com a inclusão de novos campos referentes ao atendimento dos profissionais da equipe (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista), que utilizarão ficha específica (PMA2-Complementar) para o registro da produção, além da complementação de informações no cadastramento familiar sobre o Programa Bolsa-Família.

11 O novo formato de arquivo do Siabmun exige a informação desagregada por equipe, quando da transferência para a esfera nacional (Datusus), via transmissor.

12 Futuramente, com o progressivo aperfeiçoamento do processo de monitoramento do programa e dos sistemas de informação em saúde, a permanência no PMAQ também ficará condicionada à alimentação regular de sistemas tais como o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério (Sisprenatal), o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

V – À garantia, por gestores e equipes, da identificação visual estabelecida pelo Ministério da Saúde, contendo informações tais como a carteira de serviços ofertados pela equipe, o horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, o nome e escala dos profissionais, o telefone da ouvidoria do município (quando houver) e do Ministério da Saúde, além do endereço na internet em que se encontram informações a respeito dos resultados alcançados pela equipe¹³.

3.1.2 Compromissos

O processo de contratualização prevê:

1 – A assinatura de um Termo de Compromisso (TC) por parte da(s) equipe(s) de atenção básica com a gestão municipal;

2 – A assinatura de um TC entre a gestão municipal e o Ministério da Saúde no processo de adesão, que tem como pré-etapa a contratualização da gestão com suas equipes; e

3 – A assinatura de um TC e/ou uma resolução da CIB prevendo compromissos firmados entre a gestão municipal e estadual, para o apoio e participação no PMAQ.

São compromissos das equipes e dos três entes de gestão:

I – Compromissos das equipes de atenção básica:

i. Organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica previstos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e na PNAB;

ii. Implementar processos de acolhimento à demanda espontânea para a ampliação, facilitação e qualificação do acesso;

iii. Alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe;

¹³ O Ministério da Saúde publicará posteriormente os padrões visuais de identificação das equipes.

- iv. Programar e implementar atividades, com a priorização dos indivíduos, famílias e grupos com maior risco e vulnerabilidade;
- v. Instituir espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe e para a construção e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares;
- vi. Instituir processos autoavaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, com participação de todos os profissionais que constituem a equipe;
- vii. Desenvolver ações intersetoriais voltadas para o cuidado e a promoção da saúde;
- viii. Pactuar metas e compromissos para a qualificação da atenção básica com a gestão municipal.

II – Compromissos das gestões municipais:

- i. Garantir a composição mínima da(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa, com seus profissionais devidamente cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- ii. Manter alimentação regular e consistente do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), com informações referentes à(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa, permitindo o seu monitoramento permanente;
- iii. Garantir oferta mínima de ações de saúde para a população coberta por equipe de atenção básica, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e traduzidas pelos indicadores e padrões de qualidade definidos pelo programa;
- iv. Aplicar os recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável em ações que promovam a qualificação da atenção básica;
- v. Estruturar a Coordenação de Atenção Básica, constituindo e garantindo condições de funcionamento da equipe de gestão responsável pela implantação local do programa;
- vi. Instituir processos de autoavaliação da gestão e da(s) equipe(s) de atenção básica participante(s) do programa;
- vii. Definir o território de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a população adscrita por equipe de atenção básica;
- viii. Implantar apoio institucional e matricial à(s) equipe(s) de atenção básica do município;

ix. Realizar ações de educação permanente com/para a(s) equipe(s) de atenção básica;
x. Implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da atenção básica no município;

xi. Realizar ações para a melhoria das condições de trabalho da(s) equipe(s) de atenção básica;

xii. Apoiar a instituição de mecanismos de gestão colegiada nas Unidades Básicas de Saúde;

xiii. Solicitar ao Ministério da Saúde avaliação externa das equipes de atenção básica participantes do programa, nos prazos estipulados;

xiv. Apoiar a realização do processo de avaliação externa das equipes de atenção básica participantes do programa, oferecendo condições logísticas de hospedagem e transporte para a equipe de avaliadores externos.

III – Compromissos das gestões estaduais:

i. Instituir mecanismos de apoio institucional aos municípios participantes do programa, para potencializar os processos de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica;

ii. Implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da atenção básica no Estado;

iii. Ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;

iv. Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias e diretrizes para a implementação do programa no Estado, de acordo com suas diretrizes;

v. Estimular e promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica;

vi. Contribuir com a coordenação nacional do processo de avaliação externa a que devem ser submetidas as equipes participantes do programa, por meio do Conass;

vii. Realizar estudos sobre a viabilidade técnica e financeira para o estabelecimento ou orientação dos mecanismos de cofinanciamento estadual da atenção básica, em convergência com a Política Nacional de Atenção Básica.

IV – Compromissos do Ministério da Saúde:

- i. Assegurar a efetiva implementação do programa no âmbito nacional, estadual, do Distrito Federal e municipal;
- ii. Transferir regularmente os recursos referentes ao Componente de Qualidade do PAB Variável, de acordo com as regras do programa;
- iii. Efetuar a análise do cumprimento das condições de adesão e de permanência dos municípios no programa;
- iv. Elaborar instrumentos e promover processos de apoio institucional para subsidiar a implantação do programa;
- v. Ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado;
- vi. Implantar processo regular de monitoramento e avaliação, para acompanhamento e divulgação dos resultados da atenção básica no País;
- vii. Realizar avaliações que orientem o aperfeiçoamento do programa e ampliem sua capacidade de gestão e de adequação às necessidades dos atores envolvidos em sua implementação;
- viii. Financiar e coordenar (de maneira tripartite) o processo de avaliação externa a que devem ser submetidas as equipes participantes do programa;
- ix. Coordenar o processo de reconstrução de ações para melhoria da qualidade da atenção básica, de maneira singularizada com cada equipe de atenção básica participante do programa, a partir do seu desempenho no processo de certificação.

3.1.3 Indicadores de Contratualização

No momento de adesão ao programa, entre os compromissos a serem contratualizados pelas equipes de atenção básica e pelas gestões municipais, encontra-se um conjunto de indicadores que foi eleito a partir da possibilidade de acesso a informações que possam ter como grau mínimo de agregação as EAB.

Como a unidade de avaliação do PMAQ será a equipe de atenção básica, a escolha dos indicadores ficou limitada àqueles que possam ser monitorados e avaliados por meio do

Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), uma vez que esse é o único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento das equipes de maneira individualizada. Contudo, em 2012, o Ministério da Saúde iniciará a implementação de um novo sistema de informação que permitirá o registro nacional de informações em saúde, vinculado ao uso do Cartão Nacional de Saúde e com capacidade de interoperabilidade com os diversificados sistemas utilizados pelos Estados e municípios. A implantação desse sistema, somada ao processo de informatização da rede de atenção, ampliará o horizonte de indicadores e informações a serem acompanhadas.

A escolha do SIAB justifica-se ainda pelo fato de o sistema permitir a alimentação de dados cadastrais sobre a população adscrita a cada equipe (faixa etária, sexo, características epidemiológicas etc.), permitindo a análise da suficiência e adequação da oferta de serviços a algumas necessidades específicas da população coberta pela equipe avaliada. Para viabilizar o uso do Siab no monitoramento do PMAQ, foi realizada uma revisão do sistema, com vistas ao monitoramento dos resultados por equipe, e inclusão de novos campos e atributos relacionados aos indicadores eleitos para a contratualização e monitoramento do programa.

Em consonância com as diretrizes do PMAQ, o processo de monitoramento deverá ser alvo de aperfeiçoamento contínuo tanto dos indicadores como dos parâmetros de desempenho. Tendo em vista as limitações atuais dos sistemas de informação em saúde para um acompanhamento mais efetivo das coberturas e dos resultados esperados das equipes de atenção básica, optou-se por iniciar o monitoramento com os indicadores disponíveis que apresentassem maior solidez. Espera-se, com a melhoria da alimentação do SIAB, induzida pelo processo de monitoramento do PMAQ, a constituição de uma base de dados mais consistente, que permita a inclusão de novos indicadores e torne mais robusta essa etapa da avaliação de desempenho.

Diante de tudo isso, foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso:

i. Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação externa e que serão utilizados para a classificação das EAB, conforme o seu desempenho;

ii. Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às EAB no processo de avaliação externa. Nos próximos ciclos de implementação do programa, esses indicadores poderão ser incorporados ao conjunto de indicadores de desempenho. Mesmo que uma temática conte só com indicadores de monitoramento, será avaliada e induzida sua qualificação por meio da avaliação externa e da verificação no processo de certificação, contribuindo assim para que questões importantes não fiquem fora do processo de melhoria da qualidade.

Os indicadores selecionados se referem a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de *Diabetes mellitus*, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), assim como a iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência), buscando sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo. Cumpre destacar, ainda, que os indicadores definidos para contratualização no PMAQ guardam relação com os indicadores historicamente pactuados no âmbito do Pacto pela Saúde e com os indicadores utilizados para a construção do Indicador Nacional de Saúde, no âmbito do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS.

Quadro 1 – Síntese dos indicadores selecionados

Área Estratégica	Natureza do Uso		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da mulher	6	1	7
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de <i>Diabetes mellitus</i> e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
4. Saúde bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Tuberculose e hanseníase	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
Total	24	23	47

Logo a seguir, encontram-se listados os 47 indicadores selecionados, segundo a área estratégica e a natureza do seu uso. Para uma apropriação maior dos indicadores do PMAQ, estão apresentadas, no anexo deste instrutivo, as fichas técnicas de cada indicador, com um detalhamento não só da sua fórmula de cálculo e fontes, mas também de suas possibilidades de uso, parâmetros para interpretação de resultados e ações com potencial de melhorar os resultados de cada indicador.

1. Saúde da mulher:

Desempenho:

- 1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica;
- 1.2 Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada;
- 1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre;
- 1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal em dia;
- 1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia;
- 1.6 Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais.

Monitoramento:

- 1.7 Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.

2. Saúde da criança:

Desempenho:

- 2.1 Média de atendimentos de puericultura;
- 2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo;
- 2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia;
- 2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas;
- 2.5 Média de consultas médicas para menores de um ano;

2.6 Média de consultas médicas para menores de cinco anos.

Monitoramento:

2.7 Proporção de crianças com baixo peso ao nascer;

2.8 Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio;

2.9 Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

3. Controle de *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica:

Desempenho:

3.1 Proporção de diabéticos cadastrados;

3.2 Proporção de hipertensos cadastrados;

3.3 Média de atendimentos por diabético;

3.4 Média de atendimentos por hipertenso.

Monitoramento:

3.5 Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio;

3.6 Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio.

4. Saúde bucal:

Desempenho:

4.1 Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada;

4.2 Cobertura de primeira consulta odontológica programática;

4.3 Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante;

A contratualização de indicadores de Saúde Bucal só se aplicará nas situações em que a adesão da EAB for vinculada a uma ESB.

4.4 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.

Monitoramento:

4.5 Média de instalações de próteses dentárias;

4.6 Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;

4.7 Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

5. Produção geral:

Desempenho:

5.1 Média de consultas médicas por habitante;

5.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado;

5.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada;

5.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata.

Monitoramento:

5.5 Proporção de consultas médicas de urgência com observação;

5.6 Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência;

5.7 Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado;

5.8 Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar;

5.9 Média de exames solicitados por consulta médica básica;

5.10 Média de atendimentos de enfermeiro;

5.11 Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada;

5.12 Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família.

6. Tuberculose e hanseníase:

Monitoramento:

6.1 Média de atendimentos de tuberculose;

6.2 Média de atendimentos de hanseníase.

7. Saúde mental:

Monitoramento:

7.1 Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas;

7.2 Proporção de atendimentos de usuário de álcool;

7.3 Proporção de atendimentos de usuário de drogas;

7.4 Taxa de prevalência de alcoolismo.

3.1.4 Critérios de Parametrização e Equivalência das Diferentes Modalidades de Organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família é, desde 1994, a opção brasileira para expansão e fortalecimento da atenção básica. Desde então, observamos importante aumento de sua cobertura e, ao mesmo tempo, do acesso global a serviços, insumos e ações em saúde.

No entanto, vários municípios, sobretudo aqueles localizados na região centro-sul do País, na década de 1990, já possuíam importantes Redes de Atenção Básica implantadas, responsáveis pelo cuidado de um número expressivo de brasileiros. Esses serviços que existem em boa parte do País cobrindo de 20% a 40% da população, conforme o critério que se use, se organizam em maior ou menor grau segundo os princípios da AB. O fato é que, reconhecendo que a ESF não teve caráter substitutivo nesses lugares, é necessário que os serviços se organizem segundo os princípios da Política Nacional de Atenção Básica, qualificando a atenção à saúde de toda a população.

Salienta-se mais uma vez que, com o objetivo de qualificar toda a atenção básica do País, o Ministério da Saúde considera, para o PMAQ, as equipes de Saúde da Família estratégia prioritária para expansão e fortalecimento da AB no Brasil, mas reconhece a necessidade de incorporar as equipes de atenção básica organizadas em outras modalidades nos processos de qualificação, contanto que cumpram os pressupostos e exigências previstas no programa.

Após amplo debate e pactuação tripartite, o Ministério da Saúde formulou parâmetros mínimos para que as EAB organizadas de maneira diferente da ESF possam aderir ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O conjunto de parâmetros construídos considera núcleos mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho.

Conforme descrito nas diretrizes do PMAQ, todas as equipes de atenção básica participantes do programa deverão se organizar de maneira a assegurar os princípios da atenção básica, tais como a definição do território de atuação das UBS e da população adscrita por EAB.

Para efeitos de parametrização no PMAQ, a adesão das EAB que se organizam de maneira diferente da ESF ficará condicionada ao seu cadastramento no CNES, agrupando os profissionais de nível superior de acordo com as faixas de carga horária que se seguem.

Quadro 2 – Equivalência das diferentes modalidades de organização da atenção básica com a ESF, conforme soma da carga horária mínima de médicos e enfermeiros

Soma da Carga Horária Mínima de Médicos	Soma da Carga Horária Mínima de Enfermeiros	Equivalência com a ESF
70 horas	60 horas	1 equipe de SF
100 horas	80 horas	2 equipes de SF
150 horas	120 horas	3 equipes de SF

Uma Unidade Básica de Saúde que possuir a quantidade de profissionais médicos cuja carga horária somada extrapole as 150 horas e a de profissionais enfermeiros extrapole as 120

horas poderá conformar mais de uma EAB. Em uma situação na qual a soma da carga horária dos médicos de uma UBS chegue a 220 horas e a de enfermeiros chegue a 180 horas, essa unidade poderá conformar uma EAB (150 horas médicas e 120 horas de enfermagem), que equivale a três equipes de SF, mais uma EAB (70 horas médicas e 60 horas de enfermagem), que equivale a uma equipe de SF. Alternativamente, essa mesma unidade poderá conformar duas EAB¹⁴, sendo que cada uma delas equivale a duas equipes de SF.

Nos casos em que existirem ações em saúde bucal e a adesão da EAB estiver vinculada a uma ESB, a carga horária do cirurgião-dentista deverá estar de acordo com as faixas descritas no quadro a seguir.

Quadro 3 – Equivalência das diferentes modalidades de organização da atenção básica com a ESF, conforme soma da carga horária mínima de cirurgiões-dentistas

Soma da Carga Horária Mínima de Cirurgião-Dentista	Equivalência com a ESF
40 horas	1 equipe de SF
80 horas	2 equipes de SF
120 horas	3 equipes de SF

O valor de transferência do Componente de Qualidade do PAB Variável, por EAB que se organiza de maneira diferente da ESF, obedecerá à equivalência descrita nos quadros acima. Nos casos em que a EAB equivaler a três equipes da Saúde da Família, o gestor municipal receberá, mensalmente, o valor referente a três EAB do Componente de Qualidade do PAB Variável.

Para a parametrização, a composição das EAB deve ainda atender às seguintes regras:

I – Os profissionais médicos que serão considerados para a composição da equipe são:

¹⁴ Nesse caso, a distribuição da carga horária médica e de enfermagem por EAB poderá se dar de diferentes maneiras. Exemplo: (a) duas equipes com 110 horas médicas e 90 horas de enfermagem cada; (b) uma equipe com 100 horas médicas e 80 horas de enfermagem e outra com 120 horas médicas e 100 horas de enfermagem; etc.

- i. Generalista;
- ii. Clínico;
- iii. Pediatra;
- iv. Ginecologista-obstetra.

II – Será obrigatória a presença do profissional médico generalista ou clínico, e a soma da carga horária desses profissionais deve ser igual ou maior do que a dos demais profissionais médicos. Por razões demográficas, a necessidade de médicos que atendam a população adulta (generalista ou clínico) é maior do que a de médicos que atendam crianças (pediatra) e aspectos específicos relacionados à saúde sexual e reprodutiva das mulheres (ginecologista-obstetra);

A distribuição de carga horária dos profissionais médicos (generalista, clínico, pediatra e ginecologista-obstetra) fica a cargo do gestor, devendo respeitar o perfil demográfico e epidemiológico local.

III – A presença do ginecologista-obstetra é opcional e, quando não houver algum na equipe, as ações de atenção integral à saúde da mulher serão realizadas pelo generalista e/ou clínico e enfermeiro, conjuntamente;

IV – Os profissionais médicos generalistas, clínicos e pediatras, assim como enfermeiros e cirurgiões-dentistas, deverão, individualmente, ter carga horária mínima igual a 20 horas semanais;

V – Os profissionais médicos ginecologista-obstetras, quando presentes, deverão, individualmente, ter carga horária mínima igual a 10 horas semanais.

Cada equipe poderá ter diferentes faixas de população adscrita, devendo ter relação com as faixas de carga horária dos profissionais. O gestor municipal deverá definir a população sob a responsabilidade de cada equipe e, a partir dessa definição, ela deverá cadastrar sua população e passar a alimentar, de maneira regular e consistente, no Siab, o conjunto de informações necessárias para o monitoramento de suas ações.

Como já fora salientado, as EAB também deverão cadastrar a população adscrita e alimentar essas informações no Siab como condição para permanência no PMAQ, considerando que boa parte dos seus indicadores será calculada com base no cadastro. No entanto, para essa modalidade de AB, os dados cadastrais poderão ser inseridos em uma única microárea e vinculados não necessariamente a um ACS, mas a qualquer profissional da equipe de atenção básica.

Um mesmo profissional poderá estar vinculado a duas UBS e até a dois municípios diferentes desde que sua carga horária global não ultrapasse os limites estabelecidos pela regulamentação do setor.

No que se refere à população adscrita por equipe de atenção básica, o Ministério da Saúde considerará para o programa as faixas de população adscrita, em relação à composição da carga horária de profissionais médicos e enfermeiros, conforme descrito no quadro a seguir.

Quadro 4 – Faixas populacionais adscritas de referência para as modalidades de organização da atenção básica diferentes da ESF, conforme soma da carga horária mínima de cirurgiões-dentistas

Soma da Carga Horária Mínima de Médicos	Soma da Carga Horária Mínima de Enfermeiros	Faixas Populacionais Adscritas de Referência (Habitantes)	
		Mínima	Máxima
70 horas	60 horas	3.450	7.000
100 horas	80 horas	7.001	10.000
150 horas	120 horas	10.001	15.000

3.1.5 Limites para a Adesão e Contratualização ao Programa¹⁵

Em decorrência do cronograma de evolução logística, administrativa e orçamentária do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, no primeiro

¹⁵ Em função da deliberação da Comissão Intergestores Tripartite do dia 25 de agosto de 2011, as regras que definem o limite de equipes de atenção básica que poderão aderir ao PMAQ no primeiro momento foram alteradas.

ano de implantação, serão fixados por município, para a adesão em 2011 (correspondendo ao período 2011–2012), tetos percentuais de equipe de atenção básica que poderá aderir ao programa, considerando o número de equipes da Estratégia Saúde da Família.

Para os primeiros seis meses, o número total de EAB que poderão aderir ao PMAQ será igual a 17.664, e de Saúde Bucal será 14.590. Como não há informações precisas a respeito do número de EAB que se organizam em modalidades diferentes da ESF, para efeito de definição dos tetos de adesão por município, será considerado o número de equipes da Saúde da Família existentes no município.

Cada município poderá aderir o equivalente a 50% de suas equipes de Saúde da Família. Exemplo: um município com 24 equipes de SF e 5 EAB que se organizam em outras modalidades poderá aderir o equivalente a 50% de suas equipes de SF. Nesse caso, o limite de adesão desse município será igual a 12, de suas 29 equipes. Quando 50% resultar em um número com fração, este será arredondado para cima.

Nos casos em que a cobertura da ESF é igual a zero, o município poderá aderir inicialmente uma EAB e os municípios com apenas uma equipe de Saúde da Família poderão fazer a adesão dessa equipe.

3.1.6 Etapas para a Adesão ao Programa no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB)

A adesão ao PMAQ será formalizada pelo Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB) e seguirá as seguintes etapas:

I – Manifestação de interesse do gestor municipal:

i. O gestor municipal deverá acessar o portal do Departamento de Atenção Básica, no endereço www.saude.gov.br/dab, e entrar no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB);

ii. No SGDAB, ele deverá selecionar a opção do Programa Nacional de Melhoria do

Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

iii. Em seguida, deverá realizar o cadastro do usuário responsável pela gestão do programa no município, selecionando o seu Estado e município, entre as opções apresentadas;

iv. O próximo passo será visualizar o conjunto de indicadores a serem contratualizados pelo município. Caso seja de interesse do gestor municipal, nessa etapa, ele poderá também pactuar as metas para o conjunto de indicadores¹⁶;

v. Em seguida, o gestor deverá liberar a(s) equipe(s) de atenção básica de seu município para iniciar a fase de adesão e contratualização;

v. Após a liberação da(s) EAB, o gestor deverá apontar os principais desafios para a qualificação da atenção básica no município. Essas informações serão fundamentais para a organização e planejamento das ações que serão empreendidas pelos gestores estadual e federal, com o intuito de apoiar o processo de qualificação da atenção básica.

II – Adesão e contratualização da(s) equipe(s) de atenção básica:

i. Após a manifestação de interesse do gestor municipal e a liberação para a adesão e contratualização das equipes, cada EAB interessada em participar do programa deverá acessar o portal do DAB, no endereço www.saude.gov.br/dab, e acessar o Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB);

ii. No SGDAB, a EAB deverá selecionar a opção do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

iii. Em seguida, a EAB deverá realizar o cadastro do usuário responsável pela equipe, selecionando o seu Estado, município e equipe, entre as opções apresentadas¹⁷;

Será fundamental o envolvimento do gestor municipal na divulgação e convencimento dos profissionais da(s) EAB em participar do PMAQ, orientando a respeito dos principais aspectos do programa e ofertando as condições necessárias para que a(s) EAB do município possa(m) aderir e participar dele.

¹⁶ A pactuação de metas não possui caráter obrigatório e deve ser realizada nas situações em que o gestor municipal entender a necessidade e/ou importância de definir previamente as metas para parte ou para a totalidade dos indicadores. É importante destacar que o alcance ou não das metas pactuadas não será um critério para a certificação das equipes. Como se poderá observar no item 3.3.2 deste Manual Instrutivo, os critérios de certificação considerarão o desempenho das equipes em relação às demais que compõem o mesmo estrato a ser considerado para a avaliação externa.

¹⁷ Cumpre destacar que somente estarão disponíveis para o cadastramento, adesão e contratualização as equipes de atenção básica regularmente cadastradas no CNES.

iv. Após a realização do cadastro, a EAB visualizará o conjunto de indicadores a serem contratualizados. Caso seja definido pelo gestor municipal, nessa etapa, as equipes deverão pactuar as metas para o conjunto de indicadores¹⁸;

v. O próximo passo será apontar, a partir da perspectiva dos profissionais da EAB, os principais desafios para a qualificação dos serviços ofertados pela equipe. Essas informações serão fundamentais para a organização e planejamento das ações que serão empreendidas pelos gestores municipal, estadual e federal, com o intuito de apoiar o processo de qualificação da atenção básica;

vi. Finalmente, a equipe deverá, no próprio SGDAB, gerar o arquivo eletrônico com o Termo de Compromisso (TC), que será o instrumento de formalização da sua adesão e contratualização no PMAQ, e encaminhar o documento, assinado pelo responsável da equipe, ao gestor municipal¹⁹.

III – Adesão e contratualização do gestor municipal:

i. Na medida em que as EAB realizarem o seu cadastro e iniciarem o processo de adesão, o gestor municipal terá na tela do SGDAB as EAB que realizaram essa etapa;

ii. Uma vez findado o prazo estabelecido pelo gestor municipal para a etapa de adesão e contratualização das EAB do seu município, ele deverá ordenar a totalidade das equipes que manifestaram interesse em participar do programa em ordem de prioridade, definindo, caso haja um número de interessadas maior do que o estipulado

A partir do dia 1º de novembro de 2011, após transcorridos dois meses da primeira etapa de adesão ao PMAQ, caso a adesão das EAB seja inferior ao limite de 16 mil equipes, o Ministério da Saúde iniciará a homologação das EAB dos municípios que já aderiram ao programa e que cadastraram equipes em condição de espera para posterior homologação, respeitando a proporcionalidade de equipes em espera existentes em cada município.

pelos critérios de definição de limites de adesão por município, a(s) EAB que deverá(ão)

¹⁸ Do mesmo modo que para o caso da gestão municipal, a pactuação de metas não possui caráter obrigatório e deve ser realizada nas situações em que o gestor municipal entender a necessidade e/ou importância de sua(s) equipe(s) definir(em) previamente as metas para parte ou para a totalidade dos indicadores.

¹⁹ Essa etapa também poderá ser realizada por meio do SGDAB, com o carregamento eletrônico do TC assinado pelo responsável da equipe e digitalizado em formato PDF.

ser homologada(s) no primeiro momento e a(s) que ficará(ão) em condição de espera para possível homologação posterior, caso a adesão nacional seja inferior ao limite previamente estabelecido;

iii. Em seguida, o gestor municipal deverá carregar eletronicamente o TC de cada EAB assinado e digitalizado, em formato PDF, na opção “carregar Termo de Compromisso” do SGDAB. Esse carregamento eletrônico deverá ser realizado no campo específico de cada equipe²⁰ e respeitar os limites de EAB que poderão aderir ao programa no primeiro momento;

iv. Finalmente, o gestor deverá, também no SGDAB, gerar o arquivo eletrônico com o Termo de Compromisso municipal, que será o instrumento de formalização da sua adesão e contratualização no PMAQ, e carregar eletronicamente o documento digitalizado, em formato PDF, na opção “carregar Termo de Compromisso”, com a assinatura do secretário municipal de Saúde, no SGDAB.

Após a finalização da adesão do município, o Ministério da Saúde (MS) analisará se a documentação carregada eletronicamente está de acordo com as regras definidas e procederá pela homologação de adesão do município e sua(s) respectiva(s) equipe(s). Nos casos em que a documentação for considerada inválida ou inconsistente, o MS entrará em contato com o município para solicitar a sua adequação.

3.2 Desenvolvimento

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

²⁰ O carregamento eletrônico do Termo de Compromisso assinado e digitalizado da(s) equipe(s) poderá também ser feito por equipe.

Essa fase está organizada em quatro dimensões:

- 1 – Autoavaliação;
- 2 – Monitoramento;
- 3 – Educação permanente; e
- 4 – Apoio institucional.

3.2.1 Autoavaliação

A autoavaliação é o ponto de partida da fase de desenvolvimento, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade devem iniciar-se pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das 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. E, 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 desses vieses e situa a autoavaliação como instrumento que estimula o coletivo a colocar seu processo de trabalho em análise e a pensar modos de mudá-lo para superar problemas e alcançar objetivos pactuados por esse mesmo coletivo. 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.

No âmbito do programa, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada a partir de ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica, configurando-se, assim, como ferramenta de potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que abre possibilidades de construção de soluções a partir da identificação de problemas.

Considerando a complexidade e relatividade inerente ao conceito de qualidade, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, científico e cultural da sociedade (UCHIMURA & BOSI, 2002), é desejável que o instrumento de autoavaliação utilizado contemple os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos no fazer em saúde – usuários, profissionais e gestores – entendendo que todos são corresponsáveis pela qualificação do SUS.

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Não sendo possível intervir em tudo aquilo que se julga necessário – a considerar tempo, recursos, questões políticas etc. –, é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de investimento, para, a partir do reconhecimento das prioridades, serem construídas estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados. Desse modo, processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar os demais processos da fase de desenvolvimento do PMAQ, na medida em que contribuirá, além de outras coisas, para a identificação das maiores necessidades para a educação permanente e o apoio institucional. Nesse sentido, a autoavaliação não deve ser encarada como ocasião de pouca relevância, tampouco como momento angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores.

Ao mesmo tempo, para que possa se constituir como ação crítico-reflexiva, é importante que a autoavaliação seja realizada entre pares, coletivamente, considerando todos os atores envolvidos com a atenção básica em seus diferentes âmbitos. Com base no resultado da autoavaliação, serão identificadas as situações que precisam ser revistas e/ou modificadas.

Considerando tudo isso, o DAB oferecerá um instrumento autoavaliativo – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) – construído a partir da revisão e adaptação de diversificadas ferramentas utilizadas e validadas nacional e internacionalmente. Cumpre destacar que a ferramenta ofertada pelo Ministério da Saúde poderá ser combinada com outras, cabendo aos gestores municipais e às equipes de atenção básica definirem o uso do(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que se adéque(m) à sua necessidade e realidade.

Sua elaboração foi orientada a partir do princípio de que todos os serviços de atenção básica possam utilizá-la.

O instrumento AMAQ foi construído considerando ainda as seguintes diretrizes:

I – Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;

II – Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos;

III – Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários;

IV – Refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica; e

V – Possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de qualidade.

A partir desses elementos, a AMAQ foi organizada em dimensões e subdimensões para um conjunto de padrões de qualidade que abrangem o que é esperado em termos de qualidade na gestão e na atenção direta à saúde no âmbito da atenção básica. Esses padrões de qualidade caracterizam-se por sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde e por serem capazes de evidenciar mudanças – tanto os avanços quanto os retrocessos. Contudo, é importante destacar que a AMAQ não pretende esgotar todo o universo das práticas em atenção básica, entretanto, compõe-se de um determinado conjunto de ações que são consideradas estratégicas e potenciais produtoras de mudanças no cotidiano dos serviços.

Com o objetivo de sistematizar as ações de melhoria da qualidade, sugere-se que sejam construídos planos de ação, inicialmente contemplando problemas menos complexos e que estejam sob a responsabilidade do ator em questão.

Para contribuir com o processo de organização do uso da AMAQ, a equipe de atenção básica poderá registrar os resultados das autoavaliações e seu plano de ação para o enfrentamento das fragilidades identificadas, no SGDAB. O objetivo dessa estratégia é possibilitar que as equipes monitorem a execução do plano de intervenção, bem como a análise evolutiva dos resultados autoavaliativos.

Não há periodicidade definida para a realização das autoavaliações. No entanto, destaca-se que entre uma e outra deve haver intervalo de tempo suficiente para a realização de alguns movimentos no sentido da melhoria da qualidade. Dito de outra forma, é fundamental que o intervalo de tempo entre duas autoavaliações permita a execução de parte do plano de ação para que, ao se autorreavaliar, as equipes já sejam capazes de identificar não apenas os impasses, mas também os resultados de suas intervenções.

Por fim, cabe lembrar que a realização de autoavaliações, de tempos em tempos, com auxílio de instrumentos estruturados, não exclui a existência e importância das “práticas avaliativas” cotidianas, nem sempre conscientes ou planejadas, e que também podem mobilizar os trabalhadores na direção do aprimoramento de suas práticas.

3.2.2 Monitoramento

Na fase de desenvolvimento do PMAQ, o monitoramento dos indicadores contratualizados constitui um dos elementos essenciais para a implementação do programa.

O monitoramento dos indicadores busca:

I – Orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre as EAB e o gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS;

II – Subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes quanto para os gestores das três esferas de governo;

III – Promover o aprendizado institucional ao permitir a identificação e priorização de desafios para a melhoria da qualidade da AB, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção;

IV – Promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicização de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados; e

V – Fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores da AB para enfrentarem os desafios.

Cumprir destacar que, no ciclo de melhoria da qualidade da AB, alcançar bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade pressupõe a realização constante de ações de monitoramento, para um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação e contratualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho.

No âmbito do trabalho das equipes de atenção básica, o uso da informação constitui um elemento essencial para a gestão do cuidado, na medida em que o primeiro passo para a organização do processo de trabalho de uma equipe deve ser o cadastramento domiciliar e a elaboração de um diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde. Esse diagnóstico 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 ao aperfeiçoamento constante dos processos de trabalho.

A gestão municipal e as EAB, com o intuito de promover a ampliação da melhoria do acesso e da qualidade, devem promover a melhoria dos indicadores e do desempenho da equipe nos padrões de qualidade da atenção básica. Elas precisam ofertar um conjunto de ações compatível com as necessidades de saúde da população, com qualidade satisfatória, traduzindo esse esforço nos resultados dos indicadores e nos padrões de qualidade a serem avaliados, inclusive em termos de satisfação dos usuários.

Para o Ministério da Saúde, o acompanhamento sistemático daquilo que tem sido produzido pelas equipes permitirá a verificação do alcance de resultados mínimos nos indicadores contratualizados. Considerando que a alimentação regular e consistente dos sistemas de informação constitui uma responsabilidade geral de todos os profissionais e gestores do SUS e um importante critério de qualidade da AB, é esperado que os resultados nos indicadores reflitam em alguma medida o esforço das equipes de saúde e de gestão na melhoria da qualidade da AB, devendo haver coerência entre o desempenho das equipes nos indicadores e a conformidade de suas ações com padrões de qualidade associados a boas práticas em atenção básica.

Além disso, como será apresentado posteriormente, o desempenho das equipes para o conjunto de indicadores contratualizados irá compor uma parte da avaliação externa para certificação de qualidade das equipes de AB. Será calculada, para cada indicador de desempenho, uma pontuação proporcional ao alcançado pela equipe, comparando-se o resultado obtido por ela com os respectivos parâmetros mínimos e/ou com as médias do seu município, do seu Estado, da sua região, do Brasil e/ou do estrato de municípios do qual faz parte, conforme definido no item 3.3.3, no mesmo período.

No que se refere aos processos locais de monitoramento da AB, alguns pressupostos podem ser úteis para orientar o seu desenho, implantação e aperfeiçoamento. Entre eles, podemos destacar:

I – Ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das práticas, numa abordagem em que a informação possa produzir mudança na ação. O processo de monitoramento não deve ser entendido como um fim em si mesmo ou apenas como cumprimento de um

compromisso meramente formal, mas sim como mecanismo capaz de produzir a mudança, gerando propostas para a melhoria da qualidade das ações e processos monitorados, além de promover aprendizado institucional e responsabilização;

II – Subsidiar a gestão da AB, incorporando informações sobre desempenho aos processos decisórios e alinhando os processos de monitoramento, planejamento, educação permanente e apoio institucional;

III – Evitar a vinculação dos processos de monitoramento a consequências punitivas que reforcem resistências, deturpação de resultados ou tensões desnecessárias que dificultem a apropriação de seus resultados e comprometam o interesse e motivação dos profissionais em alimentar adequadamente os sistemas informação;

IV – Reconhecer o sucesso das equipes que tiverem bom desempenho, estimulando-as na busca de melhores resultados;

V – Permitir a identificação de experiências exitosas e a criação de oportunidades de cooperação horizontal entre as equipes, promovendo o reconhecimento entre pares e relações solidárias, mais do que a competição por melhores resultados;

VI – Possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos, constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham corresponsabilidades;

VII – Estabelecer mecanismos de divulgação sistemática dos resultados do processo de monitoramento da AB, com vistas à democratização e transparência desses processos, ao aprendizado institucional, ao reconhecimento dos resultados alcançados e ao enfrentamento dos desafios para melhoria da qualidade da AB.

3.2.3 Educação Permanente

A consolidação e o aprimoramento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requer um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”.

A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha, é importante diversificar esse repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras etc.

Por fim, reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

De modo análogo, é importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos do que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

3.2.4 Apoio Institucional

O apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer supervisão em saúde. A supervisão tradicional, em geral, reduz atores a executores, prioriza a checagem, a prescrição e a norma em detrimento da troca problematizadora, apostando mais na disciplina e no enquadramento do que na liberdade com compromisso e na ampliação da capacidade de ação do outro.

Porém o apoio institucional implica um modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes, vinculado a racionalidades que não se restringem à razão instrumental. Enquanto a supervisão opera na captura do trabalho vivo, o apoio pretende potencializá-lo, obviamente atentando para as direções de seu uso. O apoio institucional busca auxiliar as equipes na tarefa de colocar o seu trabalho e as suas práticas em análise, por um lado, e na construção/experimentação de intervenções, por outro. Ora ajudando as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos, ora auxiliando a construção e utilização de ferramentas e tecnologias. Em vez de negar ou reprimir, o apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho e toma os problemas concretos, os desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima para o seu trabalho, buscando, sempre que necessário, facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas.

O apoio institucional na saúde deve buscar, portanto, a democracia institucional, a ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos, a defesa da vida e dos princípios e diretrizes do SUS. A revelação e análise dos problemas e dificuldades das equipes/coletivos apoiados devem estar atreladas a um esforço de potencialização das equipes e suas experiências, evitando a culpabilização, a impotência e a desresponsabilização. Sendo assim, a prática concreta do apoio requer sempre certa sensibilidade, abertura para ser afetado e, ao mesmo tempo, capacidade de afetar, de mobilizar.

Dessa forma, o apoio institucional pode ser realizado nos âmbitos municipal, estadual e federal, e o desenvolvimento das ações de apoio institucional deve possuir um caráter compartilhado e ser construído a partir das realidades e singularidades de cada território, além de pressupor planejamento, avaliação constante e agendas de educação permanente para o desenvolvimento das dimensões gerenciais, pedagógicas e matriciais desempenhadas pelos apoiadores. É fundamental que haja dimensionamento adequado do número de equipes por apoiador, lembrando a necessidade de construção de vínculo entre eles, que pode ser potencializada a partir da construção de estratégias de comunicação e de agendas regulares de encontros.

A centralidade do apoio institucional no âmbito do PMAQ está fortemente associada à ideia de que os esforços de gestão e de atenção à saúde realizados pelos gestores e pelos

trabalhadores das equipes de atenção básica, no sentido de qualificar aquilo que é ofertado à população, devem ser alimentados pelo encontro das diversas experiências e saberes, em espaços de ampla comunicação que possam potencializar os resultados produzidos pelo trabalho desses atores. O apoiador deve ajudar as equipes a colocar o próprio trabalho em análise e produzirem alternativas para o enfrentamento conjunto dos desafios.

Entre as estratégias de apoio institucional do PMAQ, compreende-se o apoio: do Ministério da Saúde às coordenações estaduais de atenção básica, Cosems e municípios (eventualmente); das coordenações estaduais de atenção básica à gestão da atenção básica nos municípios; e da gestão municipal às equipes de saúde.

Nessas dimensões, há pelo menos três planos presentes, quais sejam: (a) O das relações interfederativas; (b) O relativo ao desenho e articulação da atenção básica com outros pontos de atenção da rede, bem como das linhas de cuidado; e (c) O que se refere ao processo de trabalho das equipes e à micropolítica do cotidiano.

É importante considerar que, a despeito da lógica do apoio institucional ser a mesma para as três dimensões de apoio descritas (Ministério da Saúde, coordenações estaduais e gestões municipais), há certas especificidades que marcam cada uma delas, de modo que os três planos (relações interfederativas, arranjos da rede e processo de trabalho cotidiano das equipes), ainda que sempre presentes, terão pesos ou ênfases diferenciadas, a depender do lugar do apoiador e do apoiado. Por exemplo, no apoio às equipes de saúde, os planos dois e três (em especial) tendem a ser mais marcantes.

A seguir, apresentam-se alguns exemplos de ações que podem ser realizadas por apoiadores:

I – Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde;

II – Suporte à implantação do acolhimento à demanda espontânea;

III – Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares, a partir de casos ou situações que mobilizam ou desafiam a equipe;

IV – Suporte à implantação de dispositivos para qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS;

V – Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;

VI – Análise de indicadores e informações em saúde;

VII – Facilitação dos processos locais de planejamento;

VIII – Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns;

IX – Articulação de ações de apoio matricial junto aos NASF e a outros serviços da rede.

Embora os exemplos citados deem maior ênfase ao apoio institucional às equipes de atenção básica, grande parte das indicações também se aplica ao apoio à gestão estadual e municipal.

3.3 Avaliação Externa

A terceira fase do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica consiste na avaliação externa, em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa. Essa fase subdivide-se em duas dimensões:

I – Certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestões municipais participantes do PMAQ: avaliação do acesso e da qualidade das EAB participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes;

II – Avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica não relacionada ao processo de certificação: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de atenção básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços.

Todo o processo de avaliação externa do PMAQ será conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos.

3.3.1 Certificação das Equipes de Atenção Básica

O processo de certificação das equipes de atenção básica deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço de melhoria do acesso e da qualidade da AB desenvolvido pelas equipes participantes e pelo gestor municipal. Ao mesmo tempo, o objetivo do processo de certificação das equipes não se limita ao reconhecimento daquelas que possuem elevados padrões de qualidade, mas também das que desenvolvem ações para o fortalecimento dos processos de gestão e de trabalho, com vistas à melhoria da qualidade.

Considerando que o conceito de qualidade varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural e conhecimentos acumulados sobre o tema, é esperado que o PMAQ seja constantemente aperfeiçoado, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado; a necessidade de adequação dos critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação e gestão, com vistas às novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica e ao momento histórico de implantação do SUS; e a necessidade de revisão de conceitos, metodologias e ferramentas, com base no aprendizado institucional da implantação do PMAQ e na colaboração dos diferentes atores envolvidos.

A cada ciclo do programa, novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população.

Ao aderir ao PMAQ, o prazo para que o município solicite a avaliação externa, via Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica, será de dois a seis meses, contados a partir da data de publicação da portaria que homologa a adesão do município e equipe(s) de atenção básica ao programa. Para o ano de 2011-2012,

teremos uma situação excepcional: dado o cronograma logístico, administrativo e orçamentário do primeiro ano de implantação do programa, para todos os municípios, a avaliação externa ocorrerá seis meses após a adesão.

A partir do segundo ciclo de implementação do programa, a equipe de atenção básica será avaliada a cada 18 meses.

A solicitação da avaliação externa ficará condicionada, além dos critérios acima expostos de permanência no programa e de informação, à CIR, CIB e CMS, à alimentação no SGDAB, de um conjunto de informações referentes às práticas das EAB para as situações em que essas práticas apresentarem maior grau de subjetividade e maior variabilidade da maneira como podem ser desenvolvidas. O sistema possibilitará que cada EAB possa descrever, a partir de formulários padronizados, como são desenvolvidas ações tais como o acolhimento e o diagnóstico de saúde. Essas informações serão fundamentais para nortear o trabalho do avaliador externo, que verificará, no local de atuação da equipes, a conformidade do que foi informado com aquilo que pode ser observado.

Cumprir destacar que a avaliação externa será feita para a totalidade de equipes participantes do município. Portanto, em municípios com mais de uma equipe participante do

Excepcionalmente, no primeiro ano de implantação do PMAQ, a avaliação externa ocorrerá, para todos os municípios participantes, seis meses após a adesão ao programa, não se aplicando a regra de solicitação da avaliação externa entre dois e seis meses.

programa, não será possível solicitar a avaliação externa das equipes em momentos diferentes.

No que diz respeito à verificação dos padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes, o processo de avaliação externa consistirá na aplicação de um instrumento composto por um elenco de padrões de qualidade, alinhados aos padrões da AMAQ, e suas respectivas formas de verificação, que representam ou traduzem a qualidade esperada.

O instrumento de avaliação externa será organizado em quatro grandes dimensões e 12 subdimensões, que consistem nos eixos de análise orientadores dos padrões de qualidade.

Ao contrário da autoavaliação (baseada exclusivamente em respostas dos próprios avaliados), a certificação terá como base principal evidências constatadas por meio de documentos (atas, relatórios, instrumentos, prontuários etc.), da observação direta e outras fontes verificáveis. Vale ressaltar que a seleção dos elementos que comprovam adequação aos padrões de qualidade considera também soluções locais e inovações que cumpram os objetivos vinculados ao padrão, principalmente os relacionados aos processos de trabalho, não limitando à criatividade e proatividade das equipes e da gestão municipal.

Quadro 5 – Dimensões e subdimensões do instrumento de certificação das equipes de atenção básica

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão municipal	Implantação e implementação da atenção básica no município
		Organização e integração da rede de atenção à saúde
		Gestão do trabalho
		Participação, controle social e satisfação do usuário
	Coordenação da Atenção Básica	Apoio institucional
		Educação permanente
		Gestão do monitoramento e avaliação – M&A
	Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e equipamentos
		Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Equipes	Perfil, processo de trabalho e atenção à saúde
Organização do processo de trabalho		
Atenção integral à saúde		
Participação, controle social e satisfação do usuário		

3.3.2 Critérios para a Certificação das Equipes de Atenção Básica

As equipes de atenção básica serão certificadas, conforme o seu desempenho, considerando três dimensões:

I – Implementação de processos autoavaliativos;

II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados;

III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade.

No processo de certificação, a nota final de cada equipe será composta a partir da distribuição a seguir.

Quadro 6 – Percentual da nota final da certificação, conforme dimensão

Dimensão	Percentual da Nota Final da Certificação
I – Implementação de processos autoavaliativos	10%
II – Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados	20%
III – Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade	70%

Partindo do entendimento de que a implementação de processos autoavaliativos é de extrema importância para a melhoria da qualidade da gestão e atenção à saúde, 10% da nota final da certificação de cada equipe de atenção básica será vinculada à realização da autoavaliação, independentemente dos resultados alcançados.

A realização da autoavaliação deverá ocorrer após a adesão ao programa. Processos autoavaliativos desenvolvidos em momentos anteriores não serão considerados para a pontuação vinculada à autoavaliação.

A partir dos resultados alcançados para o conjunto de indicadores contratualizados, as EAB poderão receber até 20% da nota final do processo de certificação e, a partir do seu desempenho, para o conjunto de padrões de qualidade a serem verificados no local de atuação das equipes, poderão receber até 70% da nota final.

A certificação será norteada por parâmetros que permitam a comparabilidade de desempenho entre equipes, a partir da verificação das médias de desempenho, considerando

as três dimensões definidas. Mas, considerando a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros, serão consideradas, nos processos de avaliação, as diferenças dos municípios participantes e as especificidades de respostas demandadas aos sistemas locais de saúde e às EAB. Nesse sentido, para a classificação de desempenho das equipes, cada município será distribuído em diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato.

A partir da avaliação externa, as equipes de atenção básica poderão ser classificadas em quatro categorias:

I – Desempenho insatisfatório: quando o resultado alcançado for menor do que -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato;

II – Desempenho regular: quando o resultado alcançado for menor do que a média e maior ou igual a -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato;

III – Desempenho bom: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; e

IV – Desempenho ótimo: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais 1) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato.

A partir do segundo ciclo de certificação, o desempenho de cada equipe será comparado não somente com as demais equipes, mas também com o seu desenvolvimento ao longo de uma certificação e outra. Esse aspecto permitirá a análise da equipe com ela mesma ao longo do tempo, considerando a evolução do seu desempenho no esforço de melhoria da qualidade empreendido desde a adesão ao programa.

Uma vez que a equipe seja certificada, o gestor municipal passará a receber valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o seu desempenho.

Nos casos em que a equipe seja classificada como insatisfatória no processo de certificação, o gestor municipal deixará de receber o valor de incentivo referente a essa equipe e eles, equipe e gestor local, terão que assumir um termo de ajuste.

Nas situações em que a equipe for classificada como regular, o gestor permanecerá recebendo 20% do Componente de Qualidade do PAB Variável (R\$ 1.300,00), mas a equipe terá também que, mediante recontractualização, assumir um termo de ajuste.

Quando a equipe for classificada como boa, o repasse referente a ela passará a ser de 60% do Componente de Qualidade do PAB Variável (R\$ 3.900,00) e, quando for classificada como ótima, o repasse será de 100% do Componente de Qualidade (R\$ 6.500,00).

Após o processo de certificação, os municípios receberão os valores referentes ao Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o desempenho de sua(s) equipe(s), retroativamente, a contar do mês de competência da solicitação da avaliação externa.

3.3.3 Critérios de Estratificação dos Municípios para o Processo de Certificação das Equipes de Atenção Básica

Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação das EAB no processo de certificação, os municípios serão distribuídos em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos.

Foi construído um índice que varia de zero a dez, composto por cinco indicadores:

- 1 – Produto interno bruto (PIB) per capita;
- 2 – Percentual da população com plano de saúde;
- 3 – Percentual da população com Bolsa-Família;
- 4 – Percentual da população em extrema pobreza;
- 5 – Densidade demográfica.

O PIB per capita utilizado foi o do ano de 2008, fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devido à grande disparidade entre o menor e o maior valor, utilizou-se uma técnica de normalização para atribuir uma pontuação de zero a cinco para a metade dos municípios que recebem os menores valores do PIB per capita. A outra metade recebeu pontuação distribuída de cinco a dez.

Os dados referentes à densidade demográfica também foram disponibilizados pelo IBGE e, da mesma forma que para o PIB, esse indicador apresentou forte variabilidade entre o menor e o maior valor. Por essa razão, foi necessário utilizar a mesma técnica de normalização para atribuir a pontuação referente a esse indicador.

Os dados referentes à cobertura da população com planos de saúde, por município, são do ano de 2009 e foram disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, conforme o percentual de pessoas com plano de assistência médica.

O percentual da população em extrema pobreza foi calculado pelo IBGE, com base no universo preliminar do censo demográfico de 2010. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, de acordo com o percentual de pessoas que não estão em extrema pobreza.

Por sua vez, o percentual da população com Bolsa-Família foi informado pelo Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome e tem como referência o ano de 2010. Cada município obteve uma pontuação de zero a dez, conforme o percentual de pessoas que não recebem o Bolsa-Família.

Para a composição do índice, os cinco indicadores receberam diferentes pesos, sendo que foi considerada, para cada município, a menor pontuação entre o percentual da população com Bolsa-Família e o percentual da população em extrema pobreza.

Quadro 7 – Peso dos indicadores para a composição do índice de estratificação dos municípios

Indicador	Peso
Produto interno bruto per capita	2
Percentual da população com plano de saúde	1
Percentual da população com Bolsa-Família	1
Percentual da população em extrema pobreza	1
Densidade demográfica	1

Os municípios foram distribuídos em seis estratos, de acordo com a sua pontuação total e porte populacional:

Quadro 8 – Critérios de estratificação dos municípios

Estrato	Critérios de Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85

3.4 Recontratualização

A quarta fase do PMAQ constitui o processo de recontratualização, que deve ocorrer após a certificação da EAB. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa.

Nessa fase, está prevista a pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

A partir dos resultados alcançados pelas equipes, será possível identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações que levem em consideração a realidade das regiões, a área de localização das UBS e a outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas.

Ao mesmo tempo, o desempenho das equipes poderá ser comparado não somente com as demais, mas também com a sua evolução, assegurando que o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação.

Referências

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: O TRABALHO em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para**

o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **Devir apoiador:** uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 1.561-1.569, 2002.

Colofão
Informações da Gráfica.



SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

