



PASSO A PASSO DAS AÇÕES DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica



SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

PASSO A PASSO DAS AÇÕES DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

2012

Ed. Premium, SAF Sul, Quadra 2, Lotes 5/6,
Bloco II, Subsolo – CEP: 70.070-600 – Brasília-DF

www.saude.gov.br/dab

Sumário

Saúde mais perto de você:

- 1 Ação:** induzir a melhoria do acesso e qualidade dos serviços na Atenção Básica.....07
- 2 Ação:** ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica. – recurso *per capita*11
- 3 Ação:** ampliar a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.....13
- 4 Ação:** ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio de Equipes de Saúde da Família.....17
- 5 Ação:** ampliar o acesso da população ribeirinha à atenção básica por meio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas23
- 6 Ação:** ampliar o acesso da população ribeirinha à atenção básica por meio de implantação das Unidades Básicas de Saúde Fluviais.....27
- 7 Ação:** ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica. por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).....31
- 8 Ação:** financiar a construção de Academias da Saúde para as equipes da Atenção Básica.....35
- 9 Ação:** ampliar e qualificar a atenção domiciliar.....39
- 10 Ação:** ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde por meio das Equipes de Consultório na Rua43
- 11 Ação:** incluir microscopista na Atenção Básica junto às equipes de agentes comunitários de saúde e/ou às equipes de saúde da Família.....47
- 12 Ação:** financiar a construção de Unidades Básicas de Saúde para as equipes de Saúde da Família.....49

13 Ação: implantar o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Requalifica-UBS	53
14 Ação: financiar a aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a Atenção Básica	55
15 Ação: ampliar o acesso da equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica	57
16 Ação: implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) – Programa Brasil Sorridente	61
17 Ação: implantar Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)	65
18 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	69
19 Ação: ampliar o acesso e a qualificação das ações de prevenção e cuidado de hipertensão arterial e de <i>Diabetes mellitus</i> com foco na Atenção Básica, sobretudo por meio da assistência farmacêutica	73
20 Ação: implantar o Programa Saúde na Escola	79
21 Ação: ampliar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde	83
22 Ação: alimentar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	87
23 Ação: implantar o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PN5F)	91
24 Ação: acompanhar as condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família	93
25 Ação: implantar o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	97
26 Ação: implantar a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS)	99



**SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ:
ACESSO E QUALIDADE**

UNIDADE DE SAÚDE

1 Ação: induzir a melhoria do acesso e qualidade dos serviços na atenção básica (AB)

Para quem: municípios e equipes de atenção básica.

Produto: 17.482 equipes de atenção básica participando do programa e recebendo 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.

- 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.

Como implantar o PMAQ:

Passo 1: adesão municipal e da(s) equipe(s) de atenção básica.

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.

Passo 4: recontractualização singularizada com municípios e equipes.

Incentivos financeiros:

Fundo a fundo – PAB variável: componente qualidade.

Valores: R\$ 6.500,00 – equipe sem saúde bucal.

R\$ 8.500,00 – equipe com saúde bucal.

O município, a partir da adesão ao programa, começa a receber 20% do PAB-Qualidade. Após avaliação externa, as equipes terão seu desempenho comparado à média do estrato a que pertencem, aplicando-se as seguintes regras:

Quadro 1 – Classificação da equipe de atenção básica para a certificação

Desempenho insatisfatório: Resultado < -1 desvio-padrão (DP) da média	Perde os 20% do Componente de Qualidade e assume termo de ajustamento
Desempenho regular: -1 DP < resultado < média	Mantém os 20% do Componente
Desempenho bom: média < resultado < +1 DP	Amplia de 20% para 60% do Componente de Qualidade
Desempenho ótimo: resultado > +1 DP	Amplia de 20% para 100% do Componente de Qualidade

Fonte: Manual Instrutivo do PMAQ.

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**. Brasília: Ministério da Saúde. Obra no prelo. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/amaq_2011.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. 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.

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)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Fôlder. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_folder.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] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. 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 como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável PAB Variável. Brasília-DF, 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] República Federativa do Brasil**. 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 Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 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 Sistema de Cadastro Nacional


de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das equipes de atenção básica que farão parte do PMAQ.
Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Seção 1, n. 181, 20 set. 2011, p. 79.

Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>

Contatos:

Correio eletrônico: pmaq@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9088



2 Ação: 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\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por habitante ao ano, para os municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
- II – O valor mínimo passa para R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano, para: os municípios com pontuação entre 4,82 e 5,40, e população de até 100 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
- III – O valor mínimo passa para R\$ 21,00 (vinte e um reais) por habitante ao ano, para: os municípios com pontuação entre 5,40 e 5,85, e população de até 500 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes.

- IV** – O valor mínimo passa para R\$ 20,00 (vinte reais) por habitante ao ano, para os municípios não contemplados nos itens anteriores.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 953, de 15 de maio de 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 Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, n. 94, 16 maio 2012, p. 33.

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] República Federativa do Brasil**. 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 para o cálculo do montante de recursos do Piso de Atenção Básica, conforme pontuação calculada segundo critérios definidos no seu anexo I. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-5905

3 Ação: ampliar a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)

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 outubro de 2011 (SCNES), existem mais de 249 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 1 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 Unidades Básicas de Saúde (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.

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 1.599/GM, com valor de R\$ 750,00 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] República Federativa do Brasil**, 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 Fede-

ral, 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] República Federativa do Brasil**, 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 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] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 17 maio 2012.

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)

Disponível em:


www.saude.gov.br/dab

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-5905



4 Ação: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio de Equipes de Saúde da Família

Para quem: toda a população brasileira.

Produto: Equipes de Saúde da Família implantadas.

Para que serve: a atenção básica à saúde tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização, de acordo com os preceitos do SUS. Tem como objetivos ampliar o acesso da população brasileira à AB; 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. 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 técnico em saúde bucal. A Portaria nº 2.488/GM define duas modalidades de equipes de Saúde da Família. Modalidade I, para municípios com menos de 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal; ou municípios de outras regiões do País, com menos de 30 mil habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) < 0,7; ou equipes que atendam a população quilombola, e/ou residentes em assentamentos com mínimo de 70 pessoas (regulamentada pela Portaria nº 822/GM, de 17 de abril de 2006). A Modalidade II é para os demais municípios que não se enquadram nos critérios anteriores.

Serão admitidas também, além da inserção integral (jornada de 40 horas semanal para todos os profissionais), 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 preveem 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 de 40 horas semanais para todos os profissionais;
- 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 o credenciamento do município no Diário Oficial da União.

Passo 7: o município inscreve os profissionais da eSF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme define a Portaria nº 750/SAS.

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.

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 1.599/GM, de 9 de julho de 2011, e Portaria nº 650, de 28 de março de 2006.

Modalidade I:

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

Incentivo de custeio por equipe – R\$ 10.695,00

Modalidade II:

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.

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 aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 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] República Federativa do Brasil**, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/SAS, de 10 de outubro de 2006. Instituir 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] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. 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. Brasília-DF, 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] República Federativa do Brasil**. 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-dentista, 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 181, 20 set. 2011, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 164, 25 ago. 2011, p. 90.

Publicações:

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. 76 p. (Série Pactos pela Saúde, v.1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde, v.4)

Disponível em:

www.saude.gov.br/dab

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-5905

UNIDADE DE SAÚDE

5 Ação: ampliar o acesso da população ribeirinha à atenção básica 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 Ribeirinha (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 é por meio fluvial;

Como credenciar as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) – passo a passo:

Passo 1: o município deverá apresentar projeto contendo as seguintes informações:

Projeto de implantação da Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF), com itinerário da Unidade de Saúde da Família Fluvial, 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) 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 atendi-

mento 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 das ESFR;
- 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 a 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 projeto 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 projeto da embarcação respeitando a NORMAM-02 e os ambientes mínimos contidos na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e, além desses documentos, deve anexar o de regulamentação da autoridade marítima atualizado.

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 que credencia o município no Diário Oficial da União.

Passo 7: o município cadastra os profissionais da ESFR no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e começa a receber os recursos referentes ao número de equipes implantadas e informadas no referido sistema, mas para manutenção dos recursos é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais.

O município começa a receber os recursos referentes ao número de embarcações implantadas e informadas no SCNES, mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais.

Incentivos financeiros:

- O valor do incentivo mensal de custeio às 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 até as comunidades ribeirinhas dispersas na área adscrita, o 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 acrescidas 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 ACS ou microscopistas que integrarem as ESFR corresponderá ao valor de R\$ 750,00 a cada mês, por profissional.
- O valor do incentivo financeiro aos profissionais que poderão se agregar à composição mínima das ESFR será conforme o quadro a seguir:

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\$ 750,00
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 em que o município quiser requisitar ampliação da equipe, conforme a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, deve acrescentar estas informações com justificativa no projeto de implantação das ESFR para avaliação do DAB/MS e 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] República Federativa do Brasil**, 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. Brasília-DF, 24 out. 2010.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-5905

6 Ação: ampliar o acesso da população ribeirinha à atenção básica 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.

Como implantar as Unidades Básicas de Saúde Fluviais no município:

Passo 1: o município deverá elaborar uma proposta que contemple, minimamente, dois documentos: Projeto com itinerário de trabalho da UBSF e Projeto da embarcação.

- **Projeto de implantação da Equipe de Saúde da Família Fluvial com itinerário da Unidade de Saúde da Família Fluvial, 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 2488 de 21 de outubro de 2011;
 - d) circuito de deslocamento da unidade, especificando comunidades ribeirinhas a serem atendidas e os rios em que 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 ambulâncias 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 ESFF;
 - 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 a mais de um Município, indicar o Município Sede que receberá os recursos federais;
- **Projeto da embarcação:** O município deve apresentar projeto 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 aquisição de Unidades Básicas de Saúde Fluviais deve ser feito no Sistema de Convênios do Governo Federal (SICONV) para ser analisado pelo Ministério da Saúde.

Passo 2: o município submete o projeto de implantação da 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 para o Ministério da Saúde.

Passo 6: após a conclusão/construção da embarcação, o município deverá informar à Secretaria de Saúde do Estado, à CIB e ao Ministério da Saúde.

Passo 7: o município cadastra a UBSF e os profissionais da ESFF no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES). O município começa a receber os recursos referentes ao número de embarcações implantadas e informadas no referido sistema.

** Para manutenção dos recursos é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais.

Incentivos financeiros:

- O valor do incentivo mensal de custeio para as 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; e
 - 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 financeiro aos profissionais que poderão se agregar à composição mínima das ESFF será conforme o quadro a seguir:

Quadro 3 – 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\$ 750,00
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 em que o município quiser requisitar ampliação da equipe, conforme a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, deve acrescentar estas informações com justificativa no projeto de implantação das ESFF para avaliação do DAB/MS e 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] República Federativa do Brasil**, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.490/SA/S, 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. Brasília-DF, 24 out. 2010.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (061) 3315-5905

UNIDADE DE SAÚDE

7 Ação: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

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.

Existem duas modalidades de NASF:

Modalidade I: vinculada a, no mínimo, cinco equipes de Saúde da Família (eSF) nos municípios dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense com menos de 100 mil habitantes, e a oito eSF e, no máximo, a 15 eSF, nos demais municípios. Esse núcleo pode ser composto por todos os profissionais descritos em lista definida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Modalidade II: vinculada a três a sete eSF. Esse núcleo pode ser composto por todos os profissionais descritos em lista definida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

O NASF deve ser constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam 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 19 categorias: 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 sanitária.

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 Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) 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.

Passo 7: após a publicação do credenciamento da(s) equipe(s) do NASF, o município inscreve os profissionais do NASF no SCNES em um prazo máximo de 90 dias, ou seja, três competências.

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\$ 8.000,00. Incentivo de custeio mensal por equipe do NASF – R\$ 8.000,00.

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 aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 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] República Federativa do Brasil**, 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 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] República Federativa do Brasil**. 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 Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília-DF, abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 409/SAS/MS, de 23 de julho de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 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 Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o tipo de estabelecimento 71 – Centro de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 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

Telefone: (61) 3315-5905

8 Ação: financiar a construção de Academias da Saúde para as equipes da 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: se constitui 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 pólos 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 Fundo a Fundo.

Passo 2: para acesso ao 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 três modalidades de pólos de Academia da Saúde a serem financiados:

Modalidade Básica – espaço com dimensão mínima de 300 m², dividido em espaço multiuso (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) com área mínima de 250 m² e área de vivência (espaço externo coberto destinado a atividades coletivas relacionadas às práticas corporais/ atividade física, artes - teatro, música e artesanato - e reuniões de grupos), com dimensão mínima de 50 m². Deverá ser construídos próximos e na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, constituindo-se edificação distinta que não se caracterize como re-

forma e ampliação da UBS e com distância que atenda ao código de obras local ou, quando inexistente, o código de obras estadual. O valor a ser transferido a título de incentivo pelo Ministério da Saúde para construção de Pólo 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 (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) com área mínima de 250 m², área de vivência (espaço externo coberto destinado a atividades coletivas relacionadas às práticas corporais/ atividade física, artes - teatro, música e artesanato - e reuniões de grupos), com dimensão mínima de 50 m² e depósito de materiais, com no mínimo 12 m². Deverá ser construídos próximos 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, o código de obras estadual. O valor a ser transferido a título de incentivo pelo Ministério da Saúde para construção de Pólo 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 (área livre acrescida de furos protegidos para encaixe e armação de tipos de redes utilizadas em jogos esportivos) com dimensão mínima de 200 m², da área de equipamentos com 200 m² no mínimo, com os equipamentos descritos na Portaria GM/MS nº 1.401/2011, e a ambientação do espaço (canteiros e jardins) do polo com área mínima de 50m². O valor a ser transferido a título de incentivo pelo Ministério da Saúde para construção de Pólo 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 ao observar metragem mínima e equipamentos, de acordo com o tipo de modalidade 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 GM/MS nº 359/2012, por meio do sistema.

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).

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 719, de 07 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 8 abr. 2011.

Seção 1, n. 68, 08 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 pólos da Academia da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 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] República Federativa do Brasil**, 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] República Federativa do Brasil**, Seção 1, n. 45, 6 mar. 2012, p. 90.

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)

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

Telefone: (61) 3315 - 9003

9 Ação: ampliar e qualificar a atenção domiciliar

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, redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a desinstitucionalização e a 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:

Etapa 1: O gestor deve construir o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com as seguintes informações:

- 1.1.** Diagnóstico Situacional Simplificado do Município (simplificado – máximo de 2 páginas): caracterização do município a partir de dados sociodemográficos, da descrição dos serviços de saúde existentes e do perfil epidemiológico municipal ou regional, com problematizarão e justificativas para implantação da política.
- 1.2.** Objetivos do Projeto: apresentação clara das pretensões da gestão do sistema, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2527 de 27 de outubro de 2011, traduzida em impactos esperado.
- 1.3.** Características Técnicas do Programa de Atenção Domiciliar:
 - 1.3.1** Quantidade dos Serviços de Atenção Domiciliar, Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) que serão criados e/ou ampliados. A composição das EMAD e EMAP deverá respeitar os critérios estabelecidos na Portaria.
 - 1.3.2** Apresentar cronograma de implantação, caso este se dê forma gradativa, contendo número de EMAD e EMAP que serão implantadas ao ano (até 2014).

- 1.3.3** Estabelecimentos de saúde inscritos no SCNES, aos quais os Serviços de Atenção Domiciliar estão vinculados;
- 1.3.4** Descrição do funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;
- 1.3.5** Mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das equipes EMAD e EMAP;
- 1.3.6** Unidades de atenção básica e de especialidades e de diagnóstico complementar de referência formal dos Serviços de Atenção Domiciliar;
- 1.3.7** Unidades de urgência e emergência de referência formal dos Serviços de Atenção Domiciliar;
- 1.3.8** Modelo de prontuário (preferencialmente deve ser único e referente à unidade de vinculação dos Serviços de Atenção Domiciliar);
- 1.3.9** Descrever o programa de qualificação do cuidador e, programa de educação permanente para as equipes de EMAD e EMAP.
- 1.3.10** Proposta local de acompanhamento, monitoramento e avaliação: a proposta de avaliação e acompanhamento deve ser local, porém, o conjunto mínimo de indicadores estabelecido pela RDC nº 11 da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006, é referência obrigatória para manutenção de um conjunto mínimo de informações acerca dos serviços.
- 1.4** Preencher Roteiro Técnico para Elaboração do Projeto de Implantação do Programa de Atenção Domiciliar que consta no Manual Instrutivo disponível no site: <http://dab.saude.gov.br/>
- 1.5** Quando o proponente for Estado, o projeto deverá estar acompanhado de Termo de Pactuação de responsabilidades entre Estado e Município.

Observação: O manual Instrutivo do Melhor em Casa, que orienta a elaboração do projeto, pode ser visualizado no site do Departamento de Atenção Básica/MS - http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf

Etapa 2: 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.

Importante afirmar que o município que não possui ou esteja em desenvolvimento do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, previsto na Portaria 1.600/ GM/MS, de 7 de julho de 2011, pode enviar o projeto do componente de Atenção Domiciliar desatrelado a este processo, mas deverá ser incorporado ao mesmo em momento oportuno.

O projeto e a homologação CIB devem ser enviados para a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS através do email: melhoremcasa@gmail.com e cópia impressa para o endereço: SAF/SUL, Trecho 02, Lote 05/06, Torre II, Auditório sala 05- Edifício Premium, Brasília/DF, Cep: 70070-600.

Etapa 3: A Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS publica portaria específica habilitando os estabelecimentos de saúde, com seus respectivos serviços e equipes de Atenção Domiciliar.

Etapa 4: O gestor local deverá cadastrar no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), 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 Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Para que o repasse do custeio para as EMAD e EMAP seja iniciado é necessário a portaria de habilitação citada na Etapa 3 e que as equipes estejam inseridas no SCNES.

Incentivos financeiros:

- O valor do incentivo mensal de custeio às Equipes de Atenção Domiciliar corresponderá ao valor vigente pela Portaria GM/MS nº 2527 de 27 de outubro de 2011, no valor de R\$ 34.560,00 (trinta e quatro mil quinhentos e sessenta reais) para cada EMAD implantada e R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para cada EMAP implantada, a serem repassados fundo-a-fundo.

Composição das Equipes de Atenção Domiciliar:

EMAD:

- I** – 2 (dois) médicos(as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 (um) médico(a) com carga horária de 40 horas semanais;
- II** – 2 (dois) enfermeiros(as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 (um) enfermeiro(a) com carga horária de 40 horas semanais;
- III** – 1 (um) fisioterapeuta com carga horária mínima de 30 horas por semana ou 1 (um) assistente social com carga horária mínima de 30 horas por semana; e
- IV** - 4 (quatro) auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária de 40 horas por semana.

EMAP:

A EMAP será constituída por no mínimo 3 (Três) profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de 30 horas, eleitos entre as seguintes categorias:

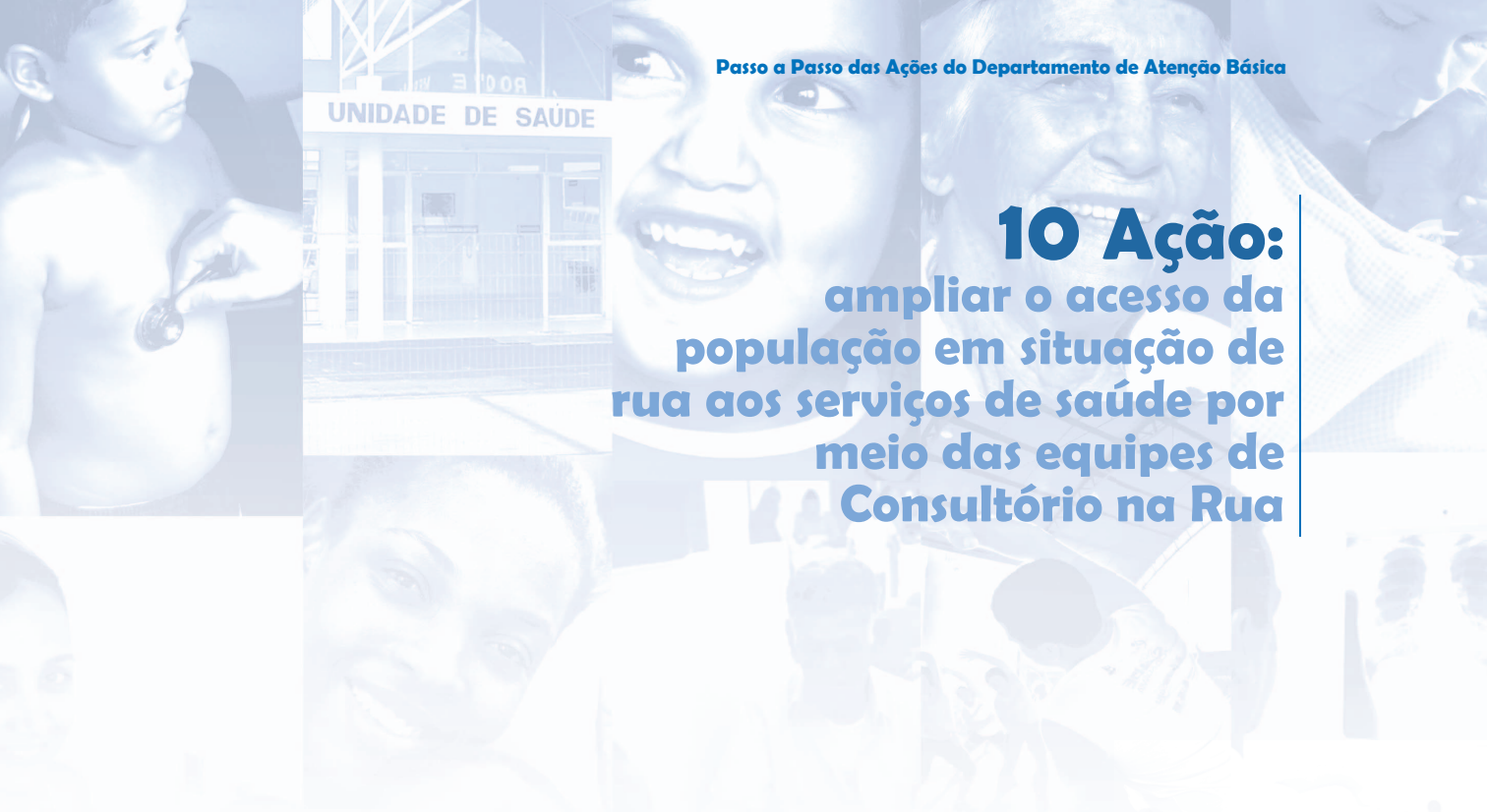
- assistente social;
- fisioterapeuta;
- fonoaudiólogo;
- nutricionista;
- odontólogo;
- psicólogo;
- farmacêutico; e
- terapeuta ocupacional.

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), estabelecendo normas para cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), a habilitação dos estabelecimentos de saúde no qual estarão alocados e os valores do incentivo para o seu funcionamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 28 out. 2011.

Contatos:

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar
Correio eletrônico: melhoremcasa@gmail.com
Telefone: (61) 3315-9052/ 3315-9030



10 Ação: 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 de rua à rede de atenção e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes de Consultórios na Rua e 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. 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 eCR 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.

Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:

- a) dois profissionais de nível superior; e
- b) dois profissionais de nível médio;

Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:

- a) três profissionais de nível superior; e
- b) três profissionais de nível médio; e

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

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.

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). Brasília-DF, 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] República Federativa do Brasil**, 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, 24 dez. 2009, p. 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.305, 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. 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 (eCR) por Município. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 135, 16 jul. 1990, p. 13563.

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] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 96, 21 maio 2010, p. 43.

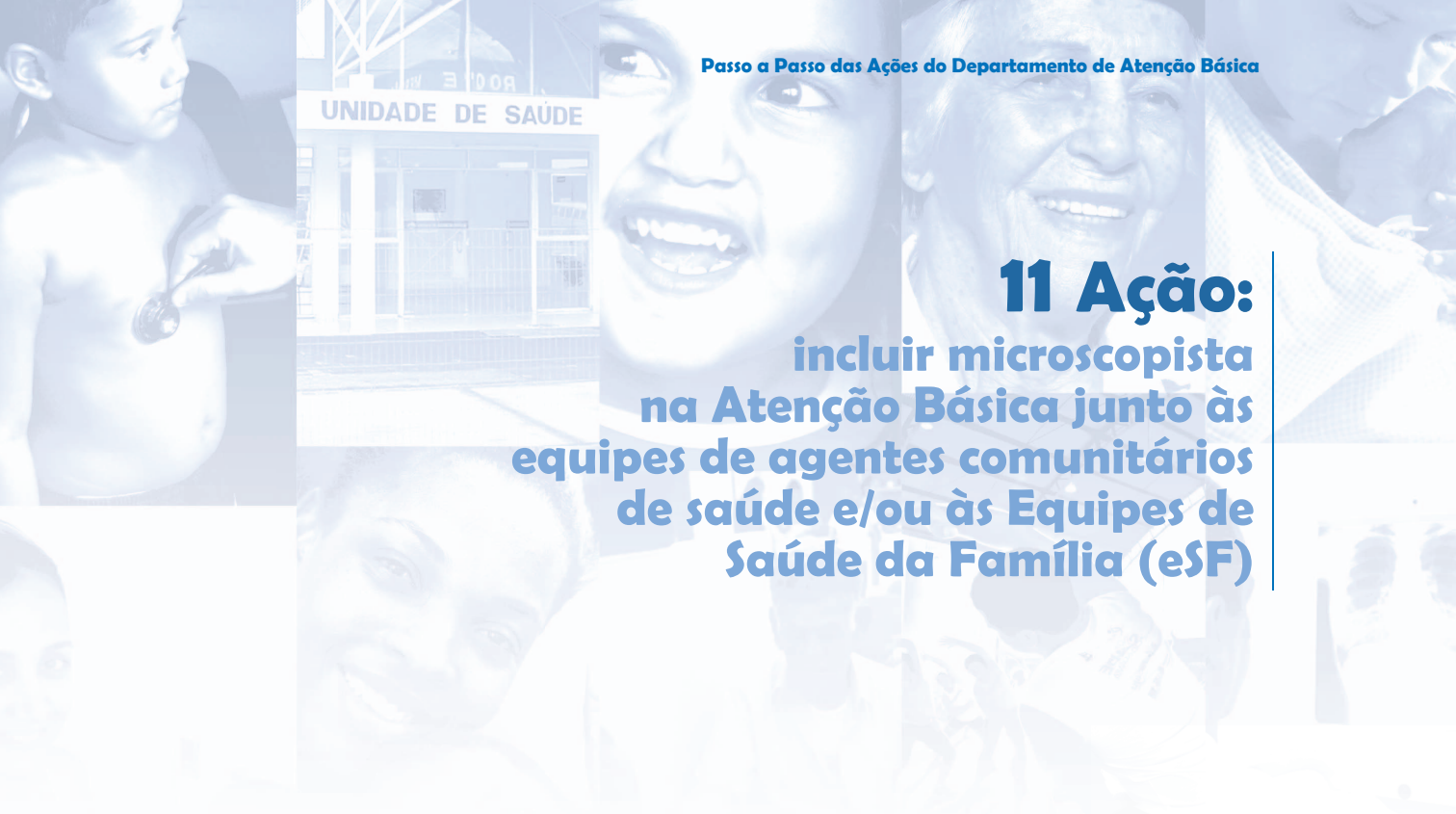
Disponível em:

www.saude.gov.br/dab

Contatos:

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-5905



11 Ação: 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 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 (eSF).

Para que serve: a Atenção Básica tem, entre suas prioridades, 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 APS 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 APS 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). Brasília-DF, 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] República Federativa do Brasil.** Seção 1, n. 245, 23 dez. 2009, p. 61.

Disponível em:

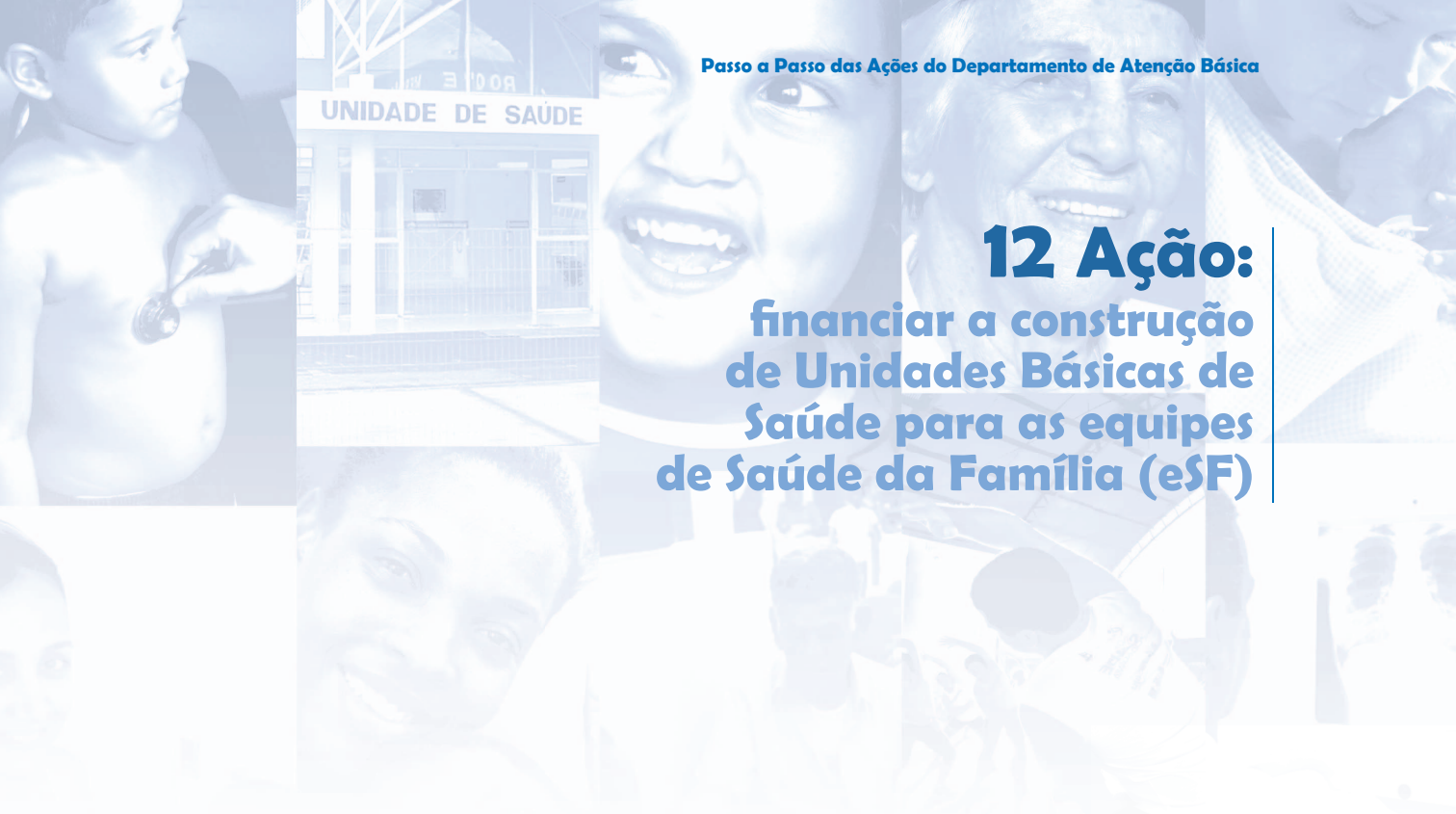
www.saude.gov.br/dab

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-5905



12 Ação: financiar a construção de Unidades Básicas de Saúde para as equipes de Saúde da Família (eSF)

Para quem: todos os municípios brasileiros.

Produto: novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas para as equipes de Saúde da Família (eSF).

Para que serve: as UBS do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC2) 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 implantar 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 PAC2.

Passo 2: para acesso ao sistema, é necessária uma senha de acesso, que é a mesma do Sistema de Cadastro de Sala de Estabilização e Unidade de Pronto-Atendimento – SE/UPA e do Sistema de Aquisição de Equipamento e Material Permanente. 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 do PAC2, há dois componentes e dois portes de UBS a serem financiadas:

Componente I – municípios com até 50.000 habitantes e cobertura de Saúde da Família igual ou supe-

rior a 70% que podem postar propostas para utilizar a UBS para instalação de equipe Saúde da Família (eSF) já existente ou para nova eSF a ser implantada.

Obs.: municípios com até 50.000 habitantes e cobertura de Saúde da Família inferior a 70% também podem postar propostas para utilizar a UBS somente para instalação de nova equipe eSF a ser implantada.

Componente II – municípios acima de 50.000 habitantes e cobertura de Saúde da Família igual ou superior a 50% que podem postar propostas para utilizar a UBS para instalação de equipe Saúde da Família (eSF) já existente ou para nova eSF a ser implantada.

Obs.: municípios acima de 50.000 habitantes e cobertura de Saúde da Família inferior a 50% também podem postar propostas para utilizar a UBS somente para instalação de nova eSF a ser implantada.

Não há limites de postagem de propostas por município, mas cada uma se refere somente a um endereço, dado que o cadastramento está vinculado ao CEP do endereço da futura UBS.

Obs.: municípios pequenos cujo CEP é único devem informar o endereço da construção no complemento do endereço.

Pode propor UBS de porte I e II, de acordo com a Portaria nº 2.226/GM.

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 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 os documentos obrigatórios (ordem de início de serviço assinada pelo gestor, pelo responsável pela obra com respectivo CREA e a ratificação da ordem de início de serviço pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB);

Passo 9: para recebimento da terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado, o município deverá enviar via sistema o documento obrigatório (atestado de conclusão de edificação assinado pelo gestor, pelo responsável pela obra com respectivo CREA e a ratificação da ordem de início de serviço pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB).

Obs.: as UBS financiadas pela Portaria nº 2.226/GM deverão obrigatoriamente abrigar as equipes de Saúde da Família a 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.

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] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Uso da Marca Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Disponível em:

www.saude.gov.br/dab e www.fns.saude.gov.br

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9023



13 Ação: implantar o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Requalifica UBS

Para quem: todos os municípios brasileiros.

Produto: reforma, ampliação e substituição (construção de novas unidades para as equipes de atenção básica), informatização e implantação do Telessaúde para Unidades Básicas de Saúde (UBS).

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.

Para pleitear a habilitação no programa, o ente federativo deverá acessar o sistema de informação e obter o formato de pré-proposta, a qual, após a finalização, deverá ser encaminhada à respectiva CIB para validação.

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-se, 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.

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.

Ainda não foi publicada portaria que orienta e define o componente “construção” de novas UBS para a atenção básica em geral.

O componente informatização e Telessaúde Brasil Redes na atenção básica, no âmbito do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, visa a ampliar a resolutividade da atenção básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde, além de desenvolver ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes de atenção básica, por meio da oferta de teleconsultoria, segunda opinião formativa e telediagnóstico.

O Telessaúde Brasil Redes na atenção básica deverá ser estruturado na forma de uma rede de serviços parceiros, com a criação de projetos intermunicipais ou regionais, geridos de maneira compartilhada, com a possibilidade de participação das secretarias estaduais de saúde, instituições de ensino e serviços de saúde.

O recurso do incentivo para execução de cada projeto poderá ser utilizado para aquisição ou aluguel de equipamentos e softwares, pagamento de pessoal, produção de materiais, custeio de serviços, garantia de conectividade, implantação de núcleo de Telessaúde e outras despesas de custeio relacionadas aos objetivos do programa e indicadas no projeto.

Os municípios e Estados devem apresentar projetos de informatização e Telessaúde Brasil Redes na atenção básica, compostos das ações, metas e responsabilidades. O conteúdo, informações e definições que devem constar em cada projeto poderão ser visualizados no Manual Instrutivo, disponível no site do DAB.

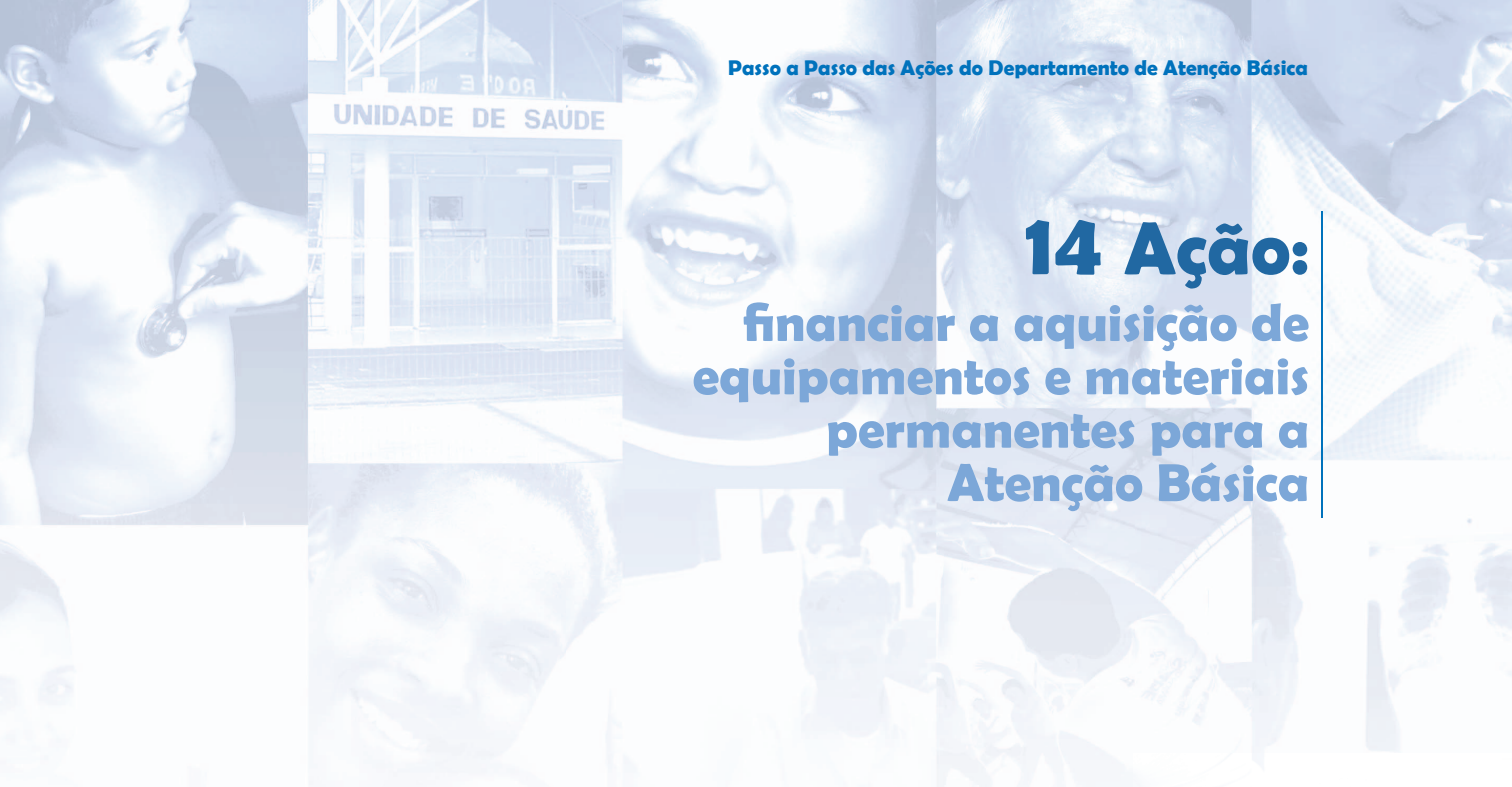
Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: dab@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-9037 / 3315- 5902

Telessaúde: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/telessaude/index.php#>



14 Ação: financiar a aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a Atenção Básica

Para quem: todos os municípios brasileiros.

Produto: aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a Atenção Básica.

Para que serve: aprimorar os serviços da Atenção Primária 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 Primária 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 Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

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 SCNES.

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] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

Disponível em:

www.saude.gov.br/dab e www.fns.saude.gov.br/

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
Correio eletrônico: dab@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-9023

UNIDADE DE SAÚDE

15 Ação: ampliar o acesso da Equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica

Para quem: população de todos os municípios das Unidades de Federação.

Produto: ampliação do acesso da população às ações das equipes de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Básica.

Para que serve: as eSB trabalham integradas às equipes de Saúde da Família (eSF), com 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. 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), além de recursos mensais de custeio de R\$ 2.230,00 para as eSBSF-M1 e R\$ 2.980,00 para as eSBSF-M2, de acordo com a Portaria nº 1.599/GM.

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, e as constantes no Anexo da Portaria nº 90/GM, que atendam populações residentes em assentamentos da reforma agrária ou populações 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 Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Alimentar mensalmente os sistemas de informações: ambulatorial e da atenção básica (SIA e SIAB/SUS).

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 aos 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). Brasília-DF, out. 2011.

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] República Federativa do Brasil**. 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. Brasília-DF, abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/SAS, de 15 de maio de 2009. Inclui, na tabela de tipo 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] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 194, 9 out. 2009, p. 112.

Disponíveis em:


www.saude.gov.br/bucal

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal

Correio eletrônico: cosab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9059



16 Ação: implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) – Programa Brasil Sorridente

Para quem: população de todos os municípios das Unidades de Federação.

Produto: Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) implantados.

Para que serve: os CEOs são estabelecimentos de saúde bucal inscritos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), 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.
- V** – Atendimento a portadores de necessidades especiais.

Além dessas cinco atividades citadas acima, foram instituídos novos procedimentos da tabela do SUS pela Portaria nº 718/SAS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante). 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 a especialidade da ortodontia e ortopedia, são oferecidos os procedimentos:

Quadro 4 – Códigos e valores dos procedimentos de instalação de aparelhos ortodônticos

Procedimento	Código	Valor
Instalação de aparelho ortodôntico	03.07.04.011-9	RS 67,00
Aparelho Ortodôntico Fixo	07.01.07.017-0	R\$175,00
Aparelho Ortopédico Fixo	07.01.07.018-1	R\$175,00

Fonte: Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010.

Além desses procedimentos, há os que podem ser realizados tanto na atenção básica quanto no CEO:

Quadro 5 – Códigos e valores dos procedimentos de manutenção, conserto ou confecção de aparelhos ortodônticos

Procedimento	Código
Manutenção/ Conserto de aparelho ortodôntico e ortopédico	03.07.04.012-7
Aparelho fixo bilateral para fechamento de diatema	07.01.07.001-3
Aparelho ortopédico e ortoôntico removível	07.01.07.002-1
Mantenedor de espaço	07.01.07.006-4
Plano inclinado	07.01.07.008-0

Fonte: Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010.

Para as especialidades de implantodontia e prótese, são oferecidos os procedimentos:

Quadro 6 – Códigos e valores dos procedimentos de implantes e prótese sobre implantes

Procedimento	Código	Valor
Instalação de aparelho ortodôntico	03.07.04.011-9	RS 67,00
Aparelho Ortodôntico Fixo	07.01.07.017-0	R\$175,00
Aparelho Ortopédico Fixo	07.01.07.018-1	R\$175,00

Fonte: Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010.

Como credenciar um CEO:

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) Identificação do município ou Estado pleiteante e Unidade Básica de Saúde, com cópia do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- b) Descrição dos serviços que serão ofertados;
- c) Demonstração da coerência com o Plano Diretor de Regionalização;
- d) Identificação da área de abrangência do CEO, indicando para qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população que será coberta;
- e) Os gestores deverão emitir documento atestando que atendem aos requisitos (de atividades, equipamentos e materiais, recursos humanos e outros) estabelecidos no Anexo I da Portaria nº 599/GM e terão 30 dias, a contar do credenciamento do CEO, para providenciar a atualização, caso necessário, dos sistemas de informação relacionados.

Requisitos mínimos:

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, que estão no Manual de Adequação Visual, disponibilizado na internet, por meio do endereço: www.saude.gov.br/bucal.

Obs.: para credenciar um CEO, todos os requisitos supracitados já terão que ser obedecidos. Caso existam adequações a serem feitas, poderá ser pleiteado o adiantamento do recurso de implantação, conforme a Portaria nº 283/GM.

Incentivos financeiros:

Construção, ampliação, reforma, aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos:

R\$ 40.000,00 por CEO Tipo I para implantação.

R\$ 50.000,00 por CEO Tipo II para implantação.

R\$ 80.000,00 por CEO Tipo III para implantação.

Custeio:

R\$ 6.600,00 por mês para CEO Tipo I.

R\$ 8.800,00 por mês para CEO Tipo II.

R\$ 15.400,00 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. Brasília, 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] República Federativa do Brasil**. 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010, republicada em 31 de dezembro de 2010. Retificação na Portaria SAS/MS nº 718, de 20 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial nº 251, de 31 de dezembro de 2010, seção 1, páginas 100 a 113. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 27, 8 fev. 2011, p. 48.

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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 121, 27 jun. 2011, p. 112.

Disponível em:

www.saude.gov.br/bucal

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal

Correio eletrônico: cosab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9059

UNIDADE DE SAÚDE

17 Ação: 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:

Municípios com qualquer base populacional poderão cadastrar o(s) LRPDs, e não há restrição quanto à natureza jurídica para os estabelecimentos a serem cadastrados por esses municípios como LRPD.

Os gestores municipais ou estaduais interessados em cadastrar um ou mais laboratórios devem encaminhar proposta por intermédio de ofício à Área Técnica de Saúde Bucal – Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Atenção à Saúde e cópia do ofício para a Coordenação Estadual de Saúde Bucal/SES.

A proposta deverá contemplar minimamente os seguintes elementos:

- a) Identificação do município ou do Estado pleiteante e do estabelecimento de saúde, com cópia do SCNES;
- 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;

- d) Emissão de documento, pelo gestor, informando a capacidade de produção, por mês, do estabelecimento a ser credenciado/contratado (vide nota técnica LRPD site).

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\$ 5.000,00 mensais;
- Entre 51 e 150 próteses/mês: R\$ 15.000,00 mensais;
- Acima de 151 próteses/mês: R\$ 20.000,00 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.

Obs.: o estabelecimento de saúde que confecciona a prótese dentária (LRPD) deve ser inscrito 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 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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 194, 9 out. 2009, p. 112.

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] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 194, 9 out. 2009, p. 112.

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 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 211/SAS, de 13 de maio de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, n. 92, 16 maio 2011, p. 73.

Disponível em:

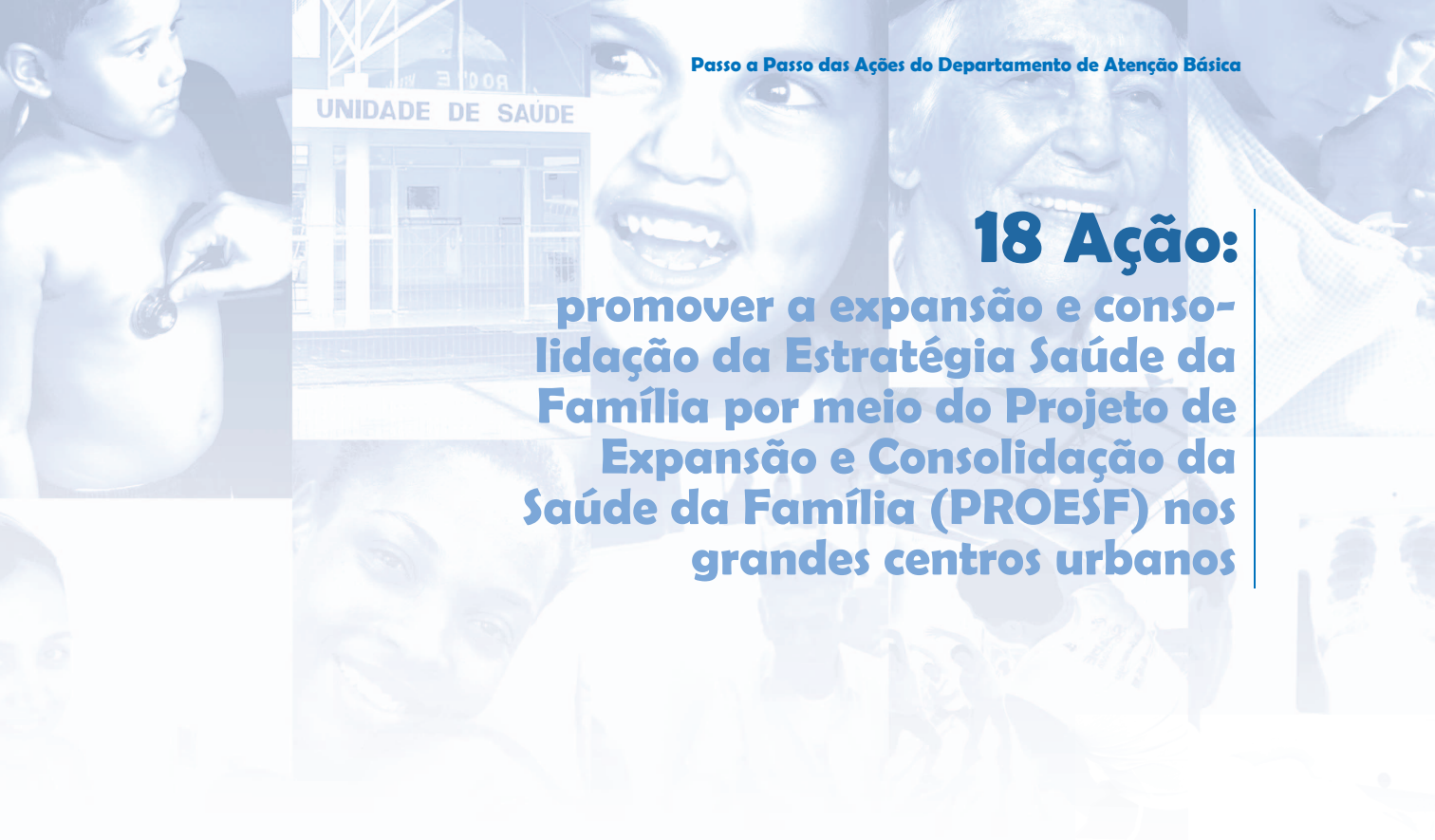
www.saude.gov.br/bucal

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal

Correio eletrônico: cosab@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9059



18 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 da atenção básica à saúde, 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.

Como credenciar:

Passos da Reconstrução do PROESF:

1. Efetuar o cadastro;
2. Conhecer os Indicadores/Metas que estão sendo pactuados para 2ª etapa;
3. Responder questionário sobre co-financiamento (só para estados);
4. Conhecer o valor do recurso disponível para 2ª etapa;
5. Gerar o Termo de Compromisso;
6. Imprimir 3 vias e assiná-las conforme segue:
 - a. assinatura do Secretário de Saúde nas três vias;
 - b. rubrica do Secretário nas demais páginas, incluindo os anexos das 3 vias;

7. Enviar as 3 vias ao Núcleo Operacional do PROESF via sedex para o seguinte endereço:
MINISTÉRIO DA SAÚDE / SAS – A/C: PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – Departamento de Atenção Básica SAF SUL Qd. 02 Bloco E/F Subsolo – Sala 04 Ed. Premium Torre II – CEP 70070-600 – BRASÍLIA – DF
8. Aguardar a devolução da via do Termo de Compromisso com a assinatura do Secretário de Atenção à Saúde/MS e abertura do módulo de planejamento do sistema;
9. Enquanto aguarda: iniciar o planejamento dos gastos dos recursos disponíveis divulgados nos sistema, a partir da lista positiva (publicada no manual e no termo de compromisso) e os indicadores. prazo final de execução do PROESF é até dez/2012.

Linhas financeáveis:

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. Brasília, 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] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, Seção 1, n. 124, p. 146, 1 jul.

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 recontractualização, e a elegibilidade dos municípios temporariamente inelegíveis para a adesão ao projeto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 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 recontractualização. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, Seção 1, n. 173, p. 98, 8 set. 2011.

Disponível em:

www.saude.gov.br/proesf

Contatos:

Projeto de Expansão da Estratégia Saúde da Família

Correio eletrônico: proesf@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9063

UNIDADE DE SAÚDE

19 Ação: ampliar o acesso e qualificação das ações de prevenção e cuidado de hipertensão arterial e de *Diabetes mellitus* com foco na Atenção Básica, sobretudo por meio da assistência farmacêutica

Para quem: população adulta (= > 18 anos) portadora de hipertensão arterial e/ou *Diabetes mellitus* dos municípios nas Unidades da Federação de todo o País.

Produto: acesso aos medicamentos e insumos para hipertensão arterial e *Diabetes mellitus*, tendo como base a Política de Assistência Farmacêutica do SUS, conforme a Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010, que aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica Básica, e a Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007, que define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes.

Para que serve: por serem na maior parte do seu curso doenças assintomáticas, o diagnóstico e o tratamento da hipertensão arterial e do *Diabetes mellitus* são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito. Isso leva a um mau controle e às consequências e complicações que poderiam ser evitadas ou, no mínimo, reduzidas. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como a inatividade física, dieta inadequada, sobrepeso e obesidade e tabagismo, são considerados os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas, a hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus*, que são responsáveis, de longe, pela primeira causa de mortalidade e hospitalizações, de doença cardiovascular, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, de amputações de membros inferiores. É uma estratégia necessária para garantir a execução efetiva das linhas de cuidado das DCNT, com ênfase nos portadores de hipertensão e diabetes, acompanhados no âmbito da Atenção Básica.

Como credenciar no programa: o programa consiste na distribuição universal e gratuita de medicamentos e insumos para pessoas com hipertensão arterial e com *Diabetes mellitus* vinculadas às unidades de saúde que conformam a rede do SUS. Além do fornecimento de medicamentos, o público

assistido pelo programa deverá ser orientado sobre os componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e o desenvolvimento de atitudes que conduzam à contínua melhoria do controle sobre a doença, com vistas ao progressivo aumento da qualidade de vida e à redução das complicações.

O financiamento dos medicamentos definidos para hipertensão e diabetes obedece ao disposto na Portaria nº 4.217, na qual se encontram aprovadas as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica, sendo de responsabilidade das três esferas de gestão (tripartite) aplicar os seguintes valores mínimos:

União: R\$ 5,10 por habitante/ano.

Estados e Distrito Federal: R\$ 1,86 por habitante/ano.

Municípios: R\$ 1,86 por habitante/ano.

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.

Insulinas NPH e regular: o Ministério da Saúde financiará, com recursos distintos aos valores indicados na portaria, 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. Os quantitativos desses medicamentos são adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde, conforme a programação anual encaminhada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, cabendo aos gestores estaduais a distribuição aos municípios.

Insumos: 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. Os insumos para pessoas com diabetes insulino-dependentes são:

- Tiras reagentes de medida de glicemia capilar;
- Lancetas para punção digital; e
- Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina.

As indicações do automonitoramento e os critérios para inclusão dos pacientes constam do anexo da Portaria nº 2.583/GM.

As responsabilidades pelo fornecimento desses insumos aos usuários e a forma de comprovação

da aplicação dos recursos devem ser objeto de pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Uma vez adquiridos, esses medicamentos devem ficar disponíveis de forma contínua na farmácia da unidade de saúde, em condições físicas e com controle de dispensação adequado realizado por profissional capacitado.

Como organizar as ações de prevenção e cuidado integral à hipertensão arterial e ao *Diabetes mellitus* na Atenção Básica:

As ações que visem à prevenção e ao cuidado integral da hipertensão arterial e do *Diabetes mellitus* devem ter como prioridades as seguintes estratégias:

- Prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco;
- Detecção precoce por meio do rastreamento de portadores e diagnóstico precoce;
- Tratamento adequado que permita modificar a evolução da doença, previna as complicações e melhore a qualidade de vida dos portadores.

Passo 1: na Estratégia Saúde da Família

Estimar o número de pessoas com hipertensão arterial e com Diabetes mellitus sob responsabilidade da equipe, para planejar as ações, analisar a cobertura e monitorar o impacto e a qualidade dessas ações. Para isso, usar a população adulta adstrita e calcular conforme o “%” de prevalência do seu Estado, segundo os resultados apresentados na pesquisa “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (Vigitel), da Secretaria de Vigilância à Saúde/MS, conforme exemplificado abaixo.

Estima-se o número total de pessoas de cada equipe de Saúde da Família. Desse total, calcula-se a população (= e acima de 18 anos) – segundo IBGE/2010. Multiplica-se essa população (= e acima de 18 anos) pela prevalência do seu Estado, encontrada no Vigitel vigente para hipertensão arterial.

Do mesmo modo se faz para o Diabetes mellitus. Estima-se o número total de pessoas de cada equipe de Saúde da Família. Desse total, calcula-se a população (= e acima de 18 anos) – segundo IBGE/2010. Multiplica-se essa população (= e acima de 18 anos) pela prevalência do seu estado, encontrada no Vigitel vigente para Diabetes mellitus.

Então teremos o número aproximado de pessoas com hipertensão e com diabetes, sob a responsabilidade de cada Equipe de Saúde da Família.

Passo 2: cadastro e monitoramento dos portadores

O vínculo das pessoas com hipertensão e com diabetes a uma unidade de saúde ou a uma equipe é muito importante para a qualidade do cuidado e humanização do atendimento. Para isso, é necessário que exista cadastro dos hipertensos e diabéticos desde a primeira consulta e que seja

preenchido com dados essenciais nas consultas subsequentes.

Os relatórios gerados são informações fundamentais para o acompanhamento do cuidado (gestão clínica) e para a gestão da unidade no sentido de fazer um planejamento adequado das necessidades (por ex. medicamentos, insumos, consultas de referência etc.), assim como monitorar a qualidade do impacto das ações desenvolvidas.

Esse cadastro é feito no Sis-HiperDia. Acesso à página em <http://hiperdia.datasus.gov.br>. No item “Relatórios”, é possível escolher e gerar diversas informações do município.

Passo 3: protocolos clínicos (linha de cuidado)

A orientação para o desenvolvimento das ações clínicas de médicos e enfermeiros nas unidades básicas consta dos Cadernos de Atenção Básica de nº 14 – Prevenção de Doença Cardiovascular e Doença Renal Crônica –, nº 15 – Hipertensão Arterial – e nº 16 – Diabetes mellitus.

Passo 4: assistência farmacêutica

Programar os medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos e os insumos de acordo com as necessidades locais, visando a orientar os processos de aquisição. Essa seleção deve compor o chamado elenco de referência da assistência farmacêutica básica do seu município e ter a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como instrumento norteador.

Passo 5: educação em saúde

A equipe multiprofissional deve desenvolver atividades de educação em saúde em nível individual e coletivo. A formação de grupos interativos para abordagem de educação para o autocuidado para obesos, tabagistas, grupos de caminhada etc. é importante para o controle clínico e prevenção de agravos.

Legislação:

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). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, p. 48, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, Seção 1, n. 25, p. 35, 4 fev. 2011.

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] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, Seção 1, n. 249, p. 72, 29 dez. 2010.

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] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, Seção 1, n. 198, p. 49, 11 out. 2007.

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] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, Seção 1, n. 187, p. 1, 27 set. 2006.

Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/cnhd>

Contatos:

Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes

Correio eletrônico: cnhd@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9029

UNIDADE DE SAÚDE

20 Ação: 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 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 Saúde da Família e os trabalhadores da educação (equipes das escolas), tanto no âmbito das escolas quanto nas unidades básicas de saúde.

Para que serve: 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):

Os critérios de municípios elegíveis à adesão ao PSE consideram indicadores de vulnerabilidade no âmbito da educação (IDEB), combinado com indicadores de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Estes critérios são repactuados a cada ano pela Comissão Intersetorial de Saúde e Educação na Escola – CIESE e publicados em portaria com listagem dos Municípios que se encontram dentro dos critérios de adesão. A gestão federal do programa está trabalhando para universalizar o programa, a intenção é possibilitar a todos os municípios a adesão até o ano de 2015.

A adesão pelo município é via preenchimento no SIMEC (<http://simec.mec.gov.br>), com a assinatura e inserção do Termo de Compromisso com metas de implementação de 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 de acordo com a modalidade de Equipe de Saúde da Família e o quantitativo dessas equipes pactuadas no Termo de Compromisso.

Os municípios recebem 70% do valor total no ato da assinatura dos Termos de Compromisso e os 30% restantes quando atingirem 70% das metas no prazo de 12 meses. Esse valor é repassado em parcela anual única.

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] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 6 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011. Habilita Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 21 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 524, de 26 de março de 2012. Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 27 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010. Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 18 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 5 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008. Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 5 dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 18 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010. Altera a Portaria nº 3.146/GM, de

17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 13 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.911, de 8 de agosto de 2011. Altera a Portaria Interministerial nº 3.696/MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, que estabelece critérios para transferência de recursos aos Municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola (PSE) e define lista de Municípios aptos a assinarem Termo de Compromisso Municipal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 9 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 9 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 26 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008. Designa os membros para compor a Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 15 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 5 jun. 2008.

Disponível em:

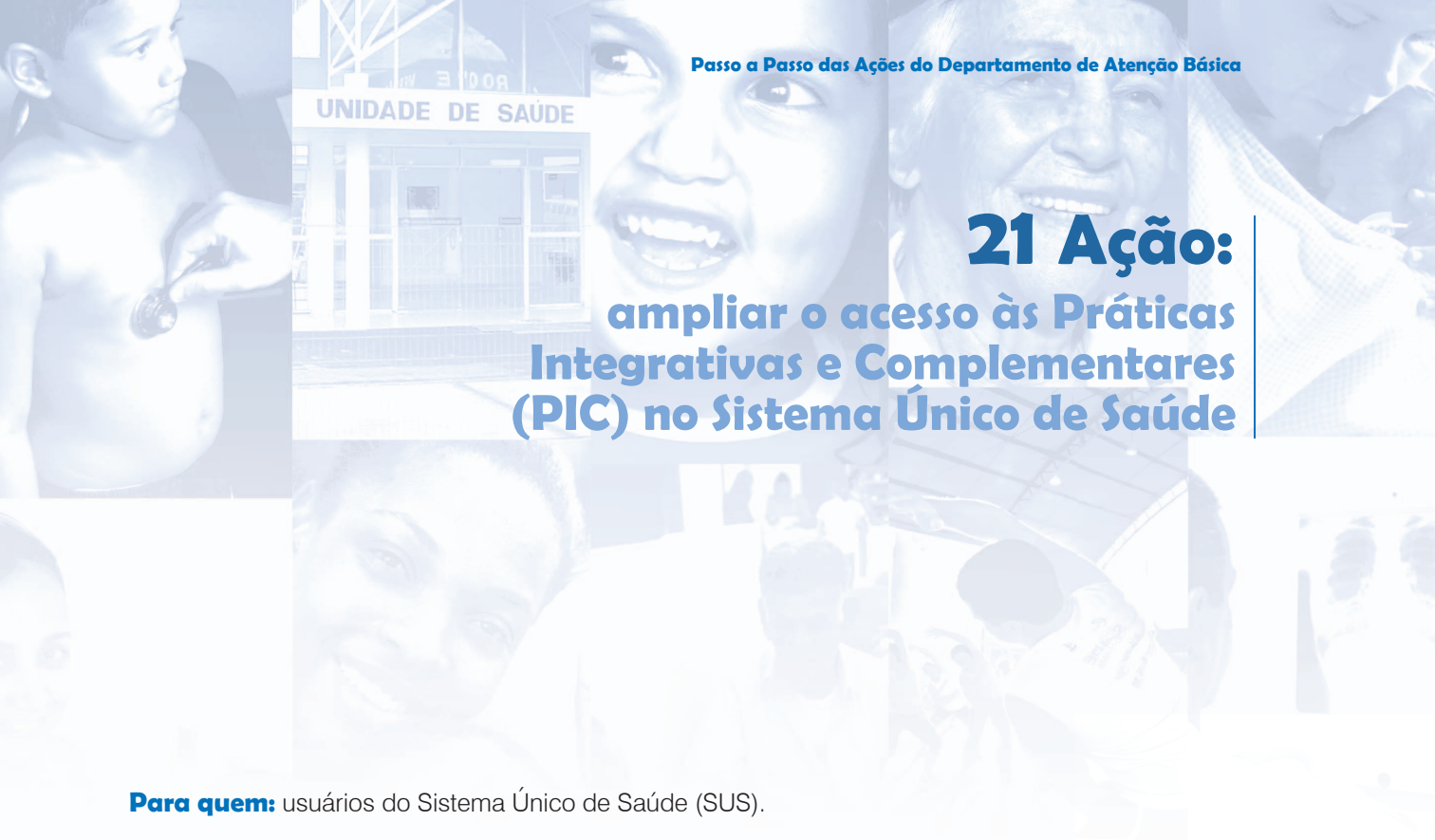
<http://www.saude.gov.br/pse>

Contatos:

Programa Saúde na Escola

Correio eletrônico: pse@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9057



21 Ação:

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: é uma prática que estimula os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde e contribui, 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 e acupuntura, sendo esse último o recurso terapêutico da MTC que pode ser usado de forma isolada ou integrada com outros recursos.

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:

Abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde destaca que o Brasil dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no SUS.

Medicina antroposófica:

A 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 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 Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – <http://scnes.datasus.gov.br>

- 1)** Se o serviço for implantado em um estabelecimento de saúde ainda não cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES):

No caso de novos estabelecimentos, o primeiro passo é o cadastro no SCNES, cujos passos são de conhecimento da equipe responsável pelo SCNES nos municípios/Estados.

- 2)** Se o serviço for implantado em um estabelecimento de saúde já cadastrado no SCNES, o gestor deverá:
 - a)** Acessar o estabelecimento na base local do SCNES, 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 SCNES, no módulo conjunto, e, na aba “Serviços Especializados”, incluir o serviço 125 – Farmácia e selecionar uma ou mais da(s) classificação(ções) 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 SCNES e, posteriormente, validar e enviar para os sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares. Para realizar o cadastro, é necessário acessar o sistema local do SCNES 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 SCNES para, posteriormente, serem transferidos para o sistema local do SCNES.

Incentivos financeiros:

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares ainda não possui indução no financiamento, mas, no entanto, tem seus procedimentos (07101015 – Sessão de acupuntura com inserção de agulhas, 07102020 – Sessão de eletroestimulação e 07102011 – Sessão de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa) financiados segundo tabela unificada.

Obs.: nessa portaria, estão inseridos oito fitoterápicos e medicamentos homeopáticos no elenco de medicamentos que necessitam pactuação na Comissão Intergestores Bipartite para oferta nos serviços.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, 29 mar. 2012.

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] República Federativa do Brasil**, 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] República Federativa do Brasil**, 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). Brasil, 17 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 84/SAS, de 25 de março de 2009**. Adequação do serviço especializado 134 – Serviços de práticas integrativas e sua Classificação 001 – Acupuntura. Brasília, 25 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 470, de 19 de agosto de 2011. Inclui, na tabela de serviços/classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), no serviço de código 125 – Serviço de farmácia, a classificação 007 – Farmácia viva. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 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) 3306-8030 / 3315-9052

UNIDADE DE SAÚDE

22 Ação: alimentar o 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 UBSs 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 7 – 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.

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 métrica¹;
- 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 Gestantes;
- Gráficos ou tabelas de crescimento infantil e tabelas de valores de IMC para classificação do estado nutricional do adolescente, segundo o sexo;

¹Foi instituído em 2011 o incentivo para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional através da compra de equipamentos antropométricos adequados para Unidades Básicas de Saúde com adesão ao PMAQ-AB homologada e para Polos do Programa Academia da Saúde contemplados para custeio das ações de promoção da saúde. Mais informações em: http://nutricao.saude.gov.br/incentivo_van.php

- 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 indicador percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso por idade foi assumido pelo SUS por meio do Pacto pela Vida, conforme descrito na Portaria Ministerial GM nº 325, de 21 de fevereiro de 2008;
- c) A cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no SISVAN é um dos Indicadores de Monitoramento do PMAQ-AB.

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. Brasília, 18 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). Brasília, 21 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília-DF, Seção 1, n. 221, 18 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.975 de 14 de dezembro de 2011. Institui o apoio financeiro para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos municípios e Distrito Federal, com foco nos polos do Programa Academia da Saúde e Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipes de Atenção Básica (EAB) com adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) homologada, por meio da aquisição de equipamentos antropométricos adequados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, n. 240, 15 dez. 2011, p. 93.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.156 de 27 de dezembro de 2011 Habilita os Municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional em Unidades Básicas de Saúde com equipes de Atenção Básica com adesão ao (PMAQ-AB) homologada. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, n. 249, 28 dez. 2011, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.157 de 27 de dezembro de 2011. Homologa os Municípios ao recebimento do incentivo para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde e homologa os Municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional nesses polos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, n. 249, 28 dez. 2011, p. 52-53.

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual orientador para aquisição de equipamentos antropométricos**: portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/incentivo_van.php>. Acesso em: 15 maio 2012.

Disponível em:


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

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Correio eletrônico: nutricao@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9004



23 Ação: 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 seis a 18 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. 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, às unidades de saúde que conformam a rede do SUS em todos os municípios brasileiros, de acordo com o número de crianças e gestantes que atendam ao perfil assistido pelo programa. O público assistido é orientado acerca de uma alimentação saudável e da importância do consumo de alimentos fontes de ferro. Para os municípios com menos de 20.000 mil habitantes, os suplementos enviados são para 100% das crianças, gestantes e mulheres no pós-parto e pós-aborto; para aqueles com mais de 20.000 mil habitantes, o quantitativo enviado é para 30% da população. Os suplementos são produzidos e enviados aos municípios pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) da Fiocruz (RJ).

Qualificação e implantação:

Passo 1: após receber os suplementos, o município deve capacitar as equipes de saúde para esclarecer que eles são de uso preventivo, não sendo indicados para tratamento de anemia.

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 Saúde da Família;
- 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 outras.

Passo 3: registrar, no Sistema de Gerenciamento à Execução do Programa de Suplementação, as informações sobre o número de pessoas (crianças, gestantes e mulheres no pós-parto) que receberam os suplementos mês a mês.

Incentivos financeiros:

Os incentivos são repassados para o Instituto de Tecnologia e Fármacos (Farmanguinhos) da Fiocruz, por meio de portarias anuais. Em 2011, não foi realizado repasse financeiro.

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. Brasília-DF, 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

UNIDADE DE SAÚDE

24 Ação: 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 gestantes 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:

- 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;
- Realizar o monitoramento dessas ações no Sistema de Gestão do Programa Bolsa-Família na Saúde, que possibilita os registros individuais da condição de saúde dos beneficiários.

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”;
- c) Digitar usuário e senha;

- d)** Clicar na opção “Mapa de Acompanhamento” e selecionar uma das opções para impressão dos mapas:
 - Por NIS.
 - Por bairro.
 - Por EAS.
- e)** 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;
- f)** Realizar atendimento/visita às famílias beneficiárias com perfil na saúde e preencher os dados no “Mapa de Acompanhamento”;
- g)** Para o 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);
- h)** Após a digitação dos dados do acompanhamento, clicar em “Confirmar”;
- i)** 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, por meio do Pacto pela Vida, conforme descrito na Portaria Ministerial GM nº 2.669, de 3 de novembro de 2009.

Incentivos financeiros:

Índice de Gestão Descentralizada (IGD) – criado para apoiar os Estados e municípios na gestão do programa. Os recursos são calculados com base no cumprimento das responsabilidades dos setores da assistência social, educação e saúde no programa. Os recursos são enviados aos municípios pelo 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, e Portaria nº 220, de 25 de junho de 2008.

Legislação:

BRASIL. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.** Cria o Programa Bolsa-Família, e dá outras providências. Brasília-DF, 9 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. Brasília-DF, 17 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 norma para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, 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.

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] República Federativa do Brasil**, 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, 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] República Federativa do Brasil**, 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). Brasília, 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. 32 p. (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. 36 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Disponível em:

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

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Correio eletrônico: cgan@saude.gov.br ou bfasaude@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9004

UNIDADE DE SAÚDE

25 Ação: implantar o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

Para quem: todas as crianças e puérperas 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 seis 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 seis 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 e infecções respiratórias em crianças. A reserva adequada de vitamina A reduz em 23% a mortalidade infantil por diarreia e sarampo e em 40% a mortalidade materna. 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:

A distribuição é realizada de forma universal e gratuita às unidades de saúde que conformam a rede do SUS. O público assistido é orientado acerca de uma alimentação saudável e sobre a importância do consumo de alimentos fontes de vitamina A. Atualmente são enviados suplementos para 100% das crianças de seis a 11 meses, 60% das crianças de 12 a 59 meses e 60% das puérperas. Os suplementos são produzidos e enviados aos Estados pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) da Fiocruz (RJ).

Qualificação e implantação:

Passo 1: após receber os suplementos de Farmanguinhos, o município deve capacitar as equipes de saúde.

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 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 outras.

Passo 3: registrar, no Sistema de Gerenciamento à Execução do Programa de Suplementação, as informações sobre o número de pessoas (crianças e mulheres no pós-parto) que receberam suplementos mês a mês.

Incentivos financeiros:

Os incentivos são repassados para o Instituto de Tecnologia e Fármacos (Farmanguinhos) da Fio-cruz, por meio de portarias anuais. No ano de 2011, foi investido R\$ 1.998.017,93 (um milhão, novecentos e noventa e oito mil, dezessete reais e noventa e três centavos)

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. Brasília: Ministério da Saúde, 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



26 Ação: implantar a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS)

Para quem: toda a população brasileira, com foco nas crianças menores de dois anos (até 24 meses) e suas famílias.

Produto: sensibilizar os profissionais de saúde que atuam na atenção básica para o fortalecimento das ações de apoio e promoção à alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para que serve: é uma estratégia que visa a intensificar as ações de apoio e 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 ENPACS está inserida no contexto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem como eixo estratégico a promoção da alimentação saudável e adequada.

Como credenciar no programa:

1- Como organizar a ENPACS em nível local:

Os municípios que tiverem interesse em realizar uma oficina de formação de tutores ou uma roda de conversa devem entrar em contato com a referência técnica de alimentação e nutrição do seu Estado. O contato da CGAN/MS será preferencialmente realizado pelas Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, no site da CGAN.

Dependendo do tamanho do município e do número de unidades que possuir, mais de uma oficina de formação de tutores deverá ser realizada para se chegar mais rapidamente a todas as Unidades Básicas.

cas de Saúde (UBS). Esses tutores serão, em seguida, responsáveis por realizar as rodas de conversa nas unidades. No entanto, se o município for menor, o gestor municipal poderá enviar um ou dois profissionais para uma oficina estadual de formação de tutores e, ao retornarem para seu local de trabalho, os tutores formados realizarão as rodas de conversa em todas as UBS do município. Para tanto, entre em contato com a referência técnica de alimentação e nutrição do seu Estado e verifique a data da próxima oficina estadual de formação de tutores da ENPACS.

2- Organização de oficinas práticas “rodas de conversa” nas UBS

As rodas de conversa são oficinas práticas, com carga horária de seis horas, que têm a finalidade de promover discussão sobre alimentação complementar com todos os profissionais das UBS, levando em consideração o processo de trabalho e as especificidades locais e regionais para sensibilizá-los sobre o tema da alimentação infantil e o conteúdo do guia alimentar para crianças menores de dois anos.

As rodas de conversa podem ser realizadas independentes de uma oficina de formação de tutores, no entanto, elas devem ser realizadas por tutores formados na Estratégia. A finalidade da ENPACS é realizar o maior número possível de rodas de conversa e, dessa forma, sensibilizar todos os profissionais das UBS para que introduzam nas suas rotinas de trabalho orientações adequadas e atualizadas sobre alimentação infantil.

Se possível, discuta nos Conselhos Municipais de Saúde sobre essa importante estratégia e a necessidade da realização da atividade nas Unidades Básicas de Saúde para o treinamento dos profissionais.

Outras ações importantes:

- a) Sensibilizar os gestores estaduais e municipais a implantar a ENPACS 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 ENPACS;
- c) Divulgar os materiais de apoio elaborados pelo Ministério da Saúde para contribuir na implantação da ENPACS;
- d) Acompanhar o processo de implantação da ENPACS nos Estados e municípios por meio de indicadores previamente definidos;
- e) Monitorar e avaliar o processo de implantação da ENPACS por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Web e outros instrumentos pactuados;
- f) Atuar conjuntamente e fortalecer a Rede Amamenta Brasil com informações sobre a introdução da alimentação complementar.

Qualificação e implantação:

Para garantir o alcance e a efetividade da proposta, formou-se, em 2009, um núcleo operacional de facilitadores capacitados pela Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN Brasil) e a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Esse núcleo operacional capacitou uma rede de tutores estaduais, em todas as Unidades da Federação, que são responsáveis por multiplicar as oficinas nos Estados, nos municípios e, por consequência, nas Unidades Básicas de Saúde de seus municípios. A rede de multiplicadores formados nos Estados tem a responsabilidade de replicar a estratégia no âmbito dos municípios e de suas UBS.

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 ENPACS em nível local (Portaria do FAN nº 2.685, de 16 de novembro de 2011).

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Correio eletrônico: cgpan@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9004

<http://nutricao.saude.gov.br/cean.php>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

